

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1927-1928. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMO - LYMPHANGIOME
DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DURAND Léon

Né le 3 Mai 1903, à Oran (Algérie).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.

LYON
EDITIONS DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE
DE L'UNIVERSITÉ

1927

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HÉMO-LYMPHANGIOME DE LA LANGUE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1927-1928. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'HÉMO - LYMPHANGIOME
DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DURAND Léon

Né le 3 Mai 1903, à Oran (Algérie).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.

LYON
EDITIONS DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE
DE L'UNIVERSITÉ

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen.....	M. J. LEPINE.
Assesseur.....	ROLLET

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	PIC.
Cliniques chirurgicales.....		PAVIOT.
Clinique obstétricale et accouchements.....		TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....		COLLET.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et toxicologie.....		CLUZET.
Matière médicale et botanique.....		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL.
Anatomie.....		BRETIN.
Histologie.....		GUIART.
Physiologie.....		LATARJET.
Pathologie interne.....		POLICARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOYON.
Anatomie pathologique.....		X.
Chirurgie opératoire.....		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....		X.
Médecine légale.....		PATEL.
Hygiène.....		ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....		ETIENNE MARTIN.
Pharmacie.....		COURMONT (P.).
		SAVY
		LEULIER.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de	Pathologie externe.....	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie....	CONDAMIN.
—	Chimie minérale.....	BARRAL.
—	Urologie.....	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique.....	THÉVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	RHENTER.
Chirurgie expérimentale.....	TAVERNIER.
Stomatologie.....	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.)	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.)	SANTY.	DEVIC.	WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, Président ; FAVRE, Assesseur ;

M. DUMAS, et M. DEVIC, Agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni improbation ni approbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie et de ma grande affection.

A MES FRÈRES

AU CAPITAINE JEAN BABY

Chevalier de la Légion d'Honneur

Son grand cœur, sa franche bonne humeur, nous ont conquis.

A GEORGES COMBREDET

Docteur en Droit

AU DOCTEUR LOUIS OUDJARI

Dignes héritiers de deux noms qui font honneur à la terre africaine. Nous leur sommes unis par le même amour de notre pays natal et par les liens de la plus affectueuse amitié.

A ARMAND AGOSTINI

Licencié en Droit

Vieil ami, qui est seul, maintenant, à incarner les souvenirs les plus lointains de notre heureuse enfance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. NICOLAS

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Dermatologique et Syphiligraphique

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. FAVRE

Chévalier de la Légion d'Honneur

Médecin de l'Hôtel Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSIA

A MES MAITRES
DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX CIVILS
DE TOULOUSE, ALGER ET LYON.

A MES MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES

*« . . . Je garde une profonde recon-
« naissance à ces maîtres si dévoués
« et si sages, qui vivaient sans am-
« bition malsaine dans l'unique
« joie du devoir accompli. »*

L. DAUDET (*Souvenirs*)

A MES JUGES

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

C'est une douce obligation pour nous que celle de présenter, au début de cet opusculé, nos remerciements à tous ceux qui, soit par leur enseignement, soit par leur collaboration, nous ont aidé dans ce travail.

Notre gratitude va, tout d'abord, à Monsieur le Professeur J. Nicolas.

Avec ce Maître averti, dont nous avons suivi les claires leçons à la Clinique de l'Antiquaille pendant les deux ans de notre séjour à Lyon, nous avons aimé la Dermatologie, science rébarbative à beaucoup, à tous ceux que la frayeur occasionnée par « la paille des mots » empêche de connaître « le grain des choses ». Aussi avons-nous été particulièrement sensible à l'honneur qu'il nous fit en nous confiant l'étude de l'hémo-lymphangiome de la langue comme sujet de notre thèse inaugurale.

Monsieur le Professeur agrégé M. Favre a également droit à toute notre reconnaissance.

En dehors de l'aide savante qu'il nous a accordée dans la rédaction des chapitres les plus délicats de ce travail, nous avons appris, par la fréquentation de son service à l'Hôtel-Dieu, à remonter jusqu'aux causes premières

des affections, à voir l'infection syphilitique, non pas partout, mais partout où elle est.

A ces Maîtres éminents et admirables que nous avons trouvés à la Faculté de Lyon, nous sommes heureux de dire, aujourd'hui, notre affectueuse reconnaissance, et notre fierté de grossir le nombre déjà grand de leurs élèves.

Monsieur le Docteur Massia nous a toujours réservé le plus bienveillant accueil et apporté son précieux concours. C'est à lui que nous devons les examens histologiques et les clichés contenus dans cette thèse. Nous le prions de croire à nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

Le Lymphangiome circonscrit ou hémo-lymphangiome est une affection relativement rare qui n'en a pas moins passionné le monde des Dermatologistes. En Angleterre, en Allemagne, en Autriche, en France, chacun a apporté sa contribution à cette étude, a donné son avis, a échafaudé une théorie. Peu à peu, les brumes qui entouraient la question se sont dissipées et certains points ont pu être précisés grâce à l'apport progressif d'éléments nouveaux. Le problème de la nature du lymphangiome, en particulier, a présidé à l'éclosion de nombreux travaux. Aujourd'hui, il est à peu près universellement reconnu que la lésion est bien de nature lymphatique: les examens histologiques ont permis d'acquérir cette notion avec certitude. Mais de nombreux points d'interrogation se posent encore.

Dans son service de l'Antiquaille, M. le Professeur Nicolas eut l'occasion d'observer en peu de temps trois cas d'hémo-lymphangiome de la langue et, à la suite de ces observations, nous confia un travail sur cette question. Nous avons donc exposé, ici, le résultat de nos recherches, passant rapidement sur les conclusions

qui concordaient avec celles établies jusqu'à ce jour, nous étendant plus longuement sur les points susceptibles d'interprétations nouvelles. C'est ainsi que nos examens histologiques nous montrant dans les lésions un processus inflammatoire indéniable, nous nous sommes demandés si l'inflammation n'était pas susceptible d'être envisagée comme la cause de l'hémo-lymphangiome et non comme son effet. Brocq, très laconique à ce sujet, semble ne pas avoir suffisamment insisté sur le rôle du processus inflammatoire dans la constitution de la tumeur. « Les vaisseaux sanguins, dit-il, peu nombreux comparativement aux lacunes lymphatiques, paraissent normaux. Mais quelques-uns sont entourés de nodules de cellules embryonnaires, inflammatoires, dont nous avons rencontré *deux ou trois amas sur la totalité* de nos coupes. » Par contre, plusieurs auteurs, Török le premier, avaient indiqué la part prise par le système sanguin dans le lymphangiome et la présence de cellules inflammatoires. Civatte (Société de Dermatologie, 1921) a signalé aussi ces lésions inflammatoires dans un cas rapporté par lui, et M. le Professeur Favre les a observées également à plusieurs reprises (Dermatologie de la Collection Sergent, p. 392). Nous-mêmes, dans la *totalité* de nos coupes histologiques, avons rencontré cet élément sanguin et inflammatoire sur lequel jusqu'à présent l'attention n'a pas été suffisamment attirée. « Il y a là des constatations que l'on ne saurait négliger dans l'interprétation de ces néoformations des voies lymphatiques », écrit M. le Professeur Favre.

Nous n'avons point la prétention de nous prononcer

ici définitivement sur l'étiologie et la pathogénie de l'hémo-lymphangiome. La question est très complexe et ce n'est que par l'étude d'un nombre plus grand de faits qu'un peu de lumière pourra être apportée. Notre but, plus modeste, a été de grouper ce qui a été fait jusqu'à ce jour, d'apporter notre contingent de faits et d'idées nouvelles qui, plus tard, pourront servir de documents à d'autres chercheurs.

Notre travail comprend dans un premier chapitre l'Historique de la question. Nous avons ensuite réuni toutes les observations de lymphangiomes de la langue que nous avons pu recueillir dans la littérature en y joignant les examens histologiques se rapportant à certaines d'entre elles. Dans un deuxième chapitre, nous proposons une définition de la tumeur et nous exposons les raisons qui nous ont fait choisir le terme d'hémo-lymphangiome plutôt que celui de lymphangiome. L'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique sont exposées dans le troisième chapitre. Le quatrième est consacré à la symptomatologie et à l'évolution de la maladie. Enfin le diagnostic, le pronostic et le traitement sont étudiés dans les deux derniers. Quelques lignes résument notre travail sous forme de conclusions. Un index bibliographique qui facilitera les recherches de ceux que la question intéresse, termine notre étude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant Wegner en Allemagne et Chipault en France, l'existence des angiomes lymphatiques était admise un peu théoriquement par les anatomo-pathologistes comme un pendant logique aux angiomes vasculaires, mieux connus. Ce sont ces deux chirurgiens qui les premiers esquissèrent, chacun à leur façon, une classification des lymphangiomes.

Les dermatologistes anglais Tilbury-Fox et Colcott-Fox publièrent en 1879 la première observation détaillée de lymphangiome cutané. L'année suivante, deux observations analogues furent publiées par Jonathan Hutchinson. Il donna à cette affection le nom de « *lupus lymphaticus* ».

En 1883, Köbner en Allemagne, en 1889 Colcott Fox en Angleterre, en signalèrent deux cas nouveaux sous le nom de lymphangiectasie. L'appellation de lymphangiome circonscrit fut donnée à la lésion, la même année, par Malcom Morris.

Hebra, Kaposi, Biesiadecki et leur école de Vienne avaient quelques années auparavant décrit le lymphangiome tubéreux multiple. Il s'agissait là d'une lésion tout à fait différente de celle qui était étudiée en Angleterre ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la lecture comparée de la description de Kaposi et de celle d'Hutchinson. D'ailleurs, en 1890, Finch, Noyes et Török publièrent un important mémoire où ils montrèrent que « le processus morbide se développe aux dépens « des vaisseaux lymphatiques, et qu'il consiste en une « véritable néoplasie de l'endothélium lymphatique avec « néoformations de cavités lymphatiques qui se dilata-
tent ». Ces conclusions furent corroborées les années suivantes par les observations de Schmidt, de Jamieson, d'Elliot, de Hartzell, et surtout par les notes et additions que Besnier fit en 1891 à la traduction du traité de Kaposi. Cet auteur montra particulièrement que le lymphangiome tubéreux multiple du dermatologiste viennois représentait simplement un cas de cystadénome épithélial bénin. Dorénavant, la confusion n'était plus possible. La clarté ne devait pas subsister longtemps dans les esprits : Besnier, s'appuyant sur un fait personnel où l'élément vasculaire sanguin paraissait très prédominant, estima nécessaire une revision des observations de lymphangiomes circonscrits publiées jusquelà. Pour lui, les cas de Colcott Fox, ceux de Schmidt et celui de Török et Noyes devaient être regardés comme des hémangiomes lymphangiomatoïdes, ou mieux, comme des angiomes lacunaires de la couche papillaire du derme, nettement différents des lymphangiomes circonscrits proprement dits. Thibierge, Schmidt et de

Bock généralisèrent cette remarque de Besnier et mirent en doute « la nature lymphatique de la néoplasie qui se « serait développée aux dépens du système sanguin, et « pour laquelle ils proposèrent le nom d'angiome kys- « tique de la peau, appellation qui, selon eux, convenait « à tous les cas antérieurs décrits comme lymphangio- « mes circonscrits ». Ultérieurement, Török, dans le laboratoire d'Unna, reprit la question, la discuta et prouva histologiquement la nature lymphangiomateuse des lésions. La discussion fut définitivement close lorsque, en 1899, Brocq et Bernard, publièrent un remarquable mémoire à propos d'un lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale dont nous donnons plus loin l'observation.

Plus spécialement, sur le lymphangiome de la muqueuse buccale, Bryant avait été le premier, en 1882, à attirer l'attention. Dans son « Traité des affections congénitales », Lannelongue rapporte cette observation ainsi qu'une autre de Baldy, antérieure (1827), et jusqu'ici inaperçue.

Bryant considéra cette maladie comme un naevus ayant subi une dégénérescence particulière. De même, en 1885, Butlin tomba dans la même erreur en faisant connaître un cas semblable, mais cette fois l'auteur accompagnait sa description d'une figure en couleurs qui ne laisse place à aucun doute sur la nature de la tumeur.

Enfin, en 1891, Samter publie les observations que l'on retrouvera dans ce travail, ainsi que d'autres de lésions semblables mais situées sur la muqueuse des lèvres.

Parmi les observations de lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale, il faut mentionner les cas rapportés par Leroux (face interne de la joue) et d'autres faits semblables publiés par Labit et par Moure. La dernière étude en date du lymphangiome circonscrit de la langue est celle de Camus, dans sa thèse, Lille, 1903.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

London medic. a. physic. Journ. 1827, t. LVIII, p. 48, BALDY.
Case of singular naevus maternus.

Enfant nouveau-né : la cavité buccale était fort distendue, et ne pouvait se fermer, par suite de la présence d'une grappe de tumeurs de différentes grosseurs, situées sur la partie moyenne de la face dorsale de la langue. Elles en occupaient la plus grande partie et y faisaient une saillie notable. Elles ressemblaient d'une manière surprenante à une grappe de raisin non seulement par leur forme, mais aussi par leur teinte d'un jaune grisâtre ; elles étaient comme recouvertes d'une pellicule délicate. Cette similitude était encore rendue plus grande par ce fait que les vésicules globuleuses qui les constituaient décroissaient en volume suivant la disposition particulière aux grappes de raisin.

OBSERVATION II

NEPVEU et VERNEUIL. — *Contribution à l'étude du lymphangiome de la langue. Société de chirurgie*, 1877.

Louise P1...., 52 ans, coloriste, n'ayant jamais fait de graves maladies, ne portant aucune trace de syphilis, ni de scrofule, mais seulement dyspeptique et névropathique, vint à l'hôpital

de la Pitié consulter pour ses maux d'estomac. C'est par hasard qu'un élève, ayant constaté la lésion linguale, qui lui parut curieuse, amena la malade à M. Verneuil, qui la reçut dans son service, où nous pûmes l'examiner à loisir.

Elle assigne à son affection une origine déjà ancienne. S'étant par hasard, en mangeant, mordu la langue il y a 18 mois, elle constata la présence, sur le bord gauche de l'organe, d'une tumeur du volume d'une amande, tout à fait indolente spontanément et à la pression; elle ne fit guère attention à ce mal, qui resta longtemps stationnaire et n'a fait quelque progrès que dans ces derniers mois.

Voici ces caractères au mois de Janvier 1877, tumeur oblongue à grand axe oblique d'avant en arrière, mesurant en ce sens à peu près trois centimètres sur deux et demi transversalement, faisant à la fois saillie sur la face dorsale, sur le bord gauche de la langue, au niveau de son tiers moyen et en bas sur le plancher de la bouche dans le sillon gingivolingual.

Elle est mollassse, flasque dans toute son étendue, sans fluctuation, ni rénitence, et semble s'affaisser sous l'influence de la pression pour reprendre au bout d'un certain temps son volume primitif, à la manière des tumeurs erectiles; l'effort toutefois n'accroît, ne distend, ni ne durcit la masse; quoique bien apparente à la vue, elle se distingue mal par le toucher du reste de la langue quand celle-ci est au repos; mais si on fait contracter les muscles, on reconnaît qu'ils manquent au niveau de la tumeur comme s'ils avaient éprouvé une perte de substance, en d'autres termes, la masse musculaire est comme échancrée largement sur le bord gauche de l'organe.

La muqueuse sous-jacente n'est point altérée et paraît seulement un peu amincie; les papilles ne sont ni atrophiées, ni hypertrophiées, nulle part on ne constate de vésicule transparente, ni de réseau vasculaire, ni de translucidité.

Loin d'être bleuâtre ou violacée, la teinte générale est pâle, d'un blanc sale tirant sur le jaune.

Du reste, l'indolence est absolue et la gêne insignifiante. Les mouvements s'exécutent de telle façon qu'aucun des usages de l'organe n'est entravé.

Le reste de la langue est sain, sauf ça et là, quelques sillons inter-papillaires un peu profonds. Les parties voisines sont également indemnes. Les ganglions du cou n'offrent aucune modification et n'en ont jamais offert ; en un mot, sauf l'existence de la tumeur, tout est négatif, aussi la malade est-elle surprise de l'insistance avec laquelle on l'examine pour un mal qui ne la préoccupe nullement.

OBSERVATION III

Guy's Hospital Rep., 1882, t. XLI. BRYANT. *The surgical affections of the tongue.*

Il s'agit dans ce cas d'une petite fille qui présentait pendant sa première enfance un naevus de la langue absolument caractéristique. Cette lésion avait l'aspect et donnait la sensation d'une éponge vasculaire : elle formait une véritable tumeur, et de larges veines se dessinaient à sa surface ; la masse se réduisait par la pression des doigts.

A six ans, la tumeur se modifia rapidement, perdit son état spongieux, devint ferme, plus dure en certains points qu'en d'autres, et prit l'aspect d'une agglomération de verrues vésiculeuses remplies de liquide clair ou sanguinolent. A l'âge de dix ans, la dégénérescence kystique était fort avancée, mais limitée à la partie supérieure de la langue ; un gonflement indolore apparut à la région sous-maxillaire droite.

OBSERVATION IV

LANNELONGUE et MÉNARD. — *Lymphangiome kystique de la région sus-hyôidienne et du plancher de la bouche. Lymphangiectasies de la langue. Traité des kystes congénitaux*, 1886, 2^e édition.

Henriette Roussel, âgée de 6 jours, est apportée à l'hôpital Rousseau, salle Giraldès, le 12 octobre 1887.

Cette enfant prend difficilement le sein par suite de la présence d'une tumeur qui siège sur le plancher de la bouche et gêne les mouvements de la langue.

Dès le lendemain de la naissance, la sage-femme, consultée sur ce que l'enfant ne tétait pas, constatait la tumeur. M. Campenon, après examen du plancher de la bouche, pratique une incision avec les ciseaux sur la partie latérale de la tumeur qui fait saillie à ce niveau. Un peu de liquide citrin s'écoule lentement. Un stylet introduit par la plaie, pénètre dans une cavité kystique qui paraît uniloculaire.

Le lendemain, l'orifice est maintenu ouvert par l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent.

Pendant quelque temps, la mère amène l'enfant tous les jours et la persistance de la fistule est chaque fois constatée.

Puis l'on cesse de revoir l'enfant pendant un mois.

On l'apporte de nouveau le 16 novembre. Son état est le suivant : lorsqu'il ouvre la bouche, on voit la langue soulevée par une tumeur arrondie, occupant le plancher. Cette tumeur vient toucher en avant la face postérieure du bord alvéolaire, dont elle est séparée par un sillon profond. En arrière, elle se développe aux dépens d'une grande partie de la face inférieure de la langue dont la pointe, par suite de ce fait, est très peu développée. De chaque côté, la tumeur arrive jusqu'aux arcades dentaires. En haut, elle dépasse d'un demi-centimètre le niveau de ce bord; sa partie latérale droite paraît

plus saillante que la gauche. Le frein de la langue a disparu et est remplacé par un tractus médian vertical, de chaque côté duquel partent transversalement deux petites crêtes muqueuses répondant sans doute aux glandes sublinguales.

Les orifices du canal de Wharton sont libres, la tumeur buccale dans son ensemble est transparente et recouverte par une muqueuse rose pâle.

A la région sus-hyoïdienne, on sent du côté droit, une saillie dure et volumineuse au niveau du siège de la glande sous-maxillaire qui paraît être un kyste multiloculaire en continuité avec la tumeur buccale.

La salive s'écoule de la bouche et la nuit il y a menace de suffocation. L'enfant ne peut têter, on le nourrit à la cuiller.

Le 16 novembre, un séton est passé dans le côté gauche de la tumeur sublinguale et on incise largement sur le plancher buccal ; plusieurs loges sont ouvertes.

Le 19 novembre on remarque que l'affaissement de la tumeur n'a pas eu lieu, malgré les incisions. On agrandit l'ouverture en dessous de la langue et on ouvre avec les ciseaux de nouvelles loges qu'on excise en partie.

Vers le milieu de janvier on obtient que l'enfant demeure à l'hôpital, mais il est extrêmement affaibli et il meurt le 17 janvier 1888.

Autopsie. — La langue est épaisse, volumineuse et dure. La muqueuse présente à sa pointe une petite surface ulcérée, vascularisée par le fait du muguet dont on voit encore les traces. Le tissu lingual est dense, il y a un certain degré de glossite interstitielle.

Sur une coupe médiane antéro-postérieure, les deux tiers de la langue présentent une infiltration plastique jaunâtre étendue de la face dorsale à la face inférieure. Cette surface infiltrée est résistante et d'un blanc gris uniforme dans l'ensemble. De plus, il existe un semis de foyers blanc jaunâtre :

ce sont de petits foyers purulents, variant de couleur, de dimensions et de consistance.

Les plus petits ne dépassent pas une tête d'épingle, les plus gros atteignent à peu près le volume d'un grain de blé. Tandis que les petits sont parsemés dans le tissu musculaire de la langue, les gros se touchent, et cette disposition s'accroît de la face dorsale à la face inférieure. Sur la partie inférieure de la langue les tissus sont ramollis ; on y trouve des foyers qui se vident sous la pression du scalpel. Il résulte de cette disposition des foyers dans la langue que l'inflammation y a procédé de bas en haut.

En arrière, vers la base, le tissu musculaire de la langue est intact.

Dissection de la tumeur kystique. — Après l'enièvement de la peau sur la région sus-hyoïdienne du côté droit, on tombe sur la tumeur divisée en deux parties : l'une au-dessous et en arrière de la glande sous-maxillaire, l'autre au-dessus du muscle mylo-hyoïdien qui la bride en bas et l'empêche de faire saillie du côté du cou. Ces deux portions se continuent l'une avec l'autre et se confondent en une seule masse après la section du mylo-hyoïdien.

L'ensemble de la tumeur se compose de vésicules agglomérées, transparentes et d'un volume variable ; les plus grosses ont environ un centimètre et demi de diamètre, les plus petites ne dépassent pas une tête d'épingle.

Le foyer de suppuration sublingual s'est propagé dans la partie inférieure de la tumeur ; le pus occupe le tissu conjonctif et une partie seulement des loges, la plupart des vésicules hydatiques sont restées transparentes.

Les veines sus-hyoïdiennes se ramifient sur la face externe de la tumeur, dont la face postérieure et interne est en contact avec les vaisseaux carotidiens.

La glande sous-maxillaire repoussée en arrière, est intacte et facile à isoler.

Elle ne semble nullement altérée. Le canal de Wharton, suivi et isolé sur toute sa longueur, est parfaitement continu depuis la glande jusqu'à la cavité buccale. Sous la langue il est plongé dans une masse dure et infiltrée de pus dans laquelle le tissu cellulaire et la glande linguale se confondent.

On n'aperçoit pas de vésicules kystiques dans cette masse. Le prolongement de la tumeur kystique qui est au-dessus du mylo-hyoïdien est indépendant du foyer de suppuration.

La dissection sépare très facilement ce qui appartient au kyste. En arrière de celui-ci on voit quatre ou cinq ganglions tuméfiés, roses, sans connexions intimes avec la tumeur, qui paraît ainsi indépendante soit des glandes salivaires, soit des ganglions lymphatiques.

Le contenu des vésicules kystiques est un liquide citrin, séreux, parfaitement transparent ; la suppuration n'a pour ainsi dire pas envahi les petites loges.

Examen histologique. — Les coupes de la langue montrent les papilles et leur revêtement épithélial qui sont le siège d'une infiltration de cellules lymphatiques assez abondantes, en sorte que la limite entre l'épithélium et le derme muqueux n'est pas partout parfaitement nette.

Il existe dans le tissu de la langue des espaces lymphatiques triangulaires et polygonaux, très dilatés et abondants ; ils sont bien apparents dans la partie superficielle du derme et s'élargissent dans l'épaisseur du tissu musculaire de la langue, en formant de véritables cavités kystiques. Il y a d'ailleurs tous les intermédiaires entre les fentes lymphatiques dilatées et les cavités kystiques. On trouve dans leur intérieur un débris granuleux et des cellules lymphatiques souvent très abondantes. La partie médiane du segment excisé présente, principalement à sa partie profonde, une infiltration très prononcée d'éléments embryonnaires au milieu du tissu conjonctif interstitiel. Les faisceaux musculaires striés sont

en quelque sorte dissociés par les cellules jeunes qui remplissent également les cavités kystiques.

OBSERVATION V

LANNELONGUE et MENARD. — Macroglossie congénitale unilatérale. — *Traité des kystes congénitaux*, 1886.

Manent Robert, âgé de 3 mois, est apporté à l'hôpital Troussseau en juillet 1880. Ni les parents, ni les grands-parents n'ont eu aucune difformité congénitale. Le père, coiffeur de son état, a fait son service militaire ; il ne porte aucune trace de syphilis.

L'enfant est bien développé, les fontanelles sont normales.

Quand on l'examine de face, on voit que la langue, volumineuse, se présente à l'orifice buccal et proémine au dehors ; cet organe est augmenté de volume en épaisseur et en longueur ; un examen plus détaillé montre qu'il est seulement tuméfié du côté gauche ; l'hypertrophie s'étend à la moitié gauche de la langue, depuis sa pointe jusqu'à sa base. Elle commence à peu près sur la ligne médiane. De plus, la masse du tissu lingual est plus résistante au doigt dans la partie hypertrophiée.

Quand l'enfant prend le biberon, la langue trop volumineuse le rejette à l'extérieur.

On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire du cou.

OBSERVATION VI

O. SAMTER. — Sur les lymphangiomes de la cavité buccale. (*Archiv. f. Klin. chir.* Tome XLI).

W. W. garçon de 11 ans de Königsberg vint le 12 novembre 1889 à la Clinique de Chirurgie. Le patient a depuis sa nais-

sance une petite tumeur sur la langue, de la grosseur d'une tête d'épingle au début et qui s'est accrue progressivement, surtout dans les derniers temps jusqu'à l'état actuel.

A certaines époques la tumeur augmente, tandis qu'à d'autres elle diminue, en même temps, il y a douleur. Le patient veut en être débarrassé.

Etat actuel. — Sur la face latérale gauche de la langue, à la marge et dans le milieu, entre la base et la pointe, on trouve une tumeur à base large, de la forme d'un champignon, dépassant d'environ 2 mm. la muqueuse avoisinante et de la grosseur d'une petite cerise.

Comme couleur et comme résistance, la tumeur est semblable à la langue. A la surface on trouve de nombreuses petites papilles entre lesquelles on remarque de nombreuses bulles de la grosseur d'une tête d'épingle, claires comme de l'eau.

En dedans de cette tumeur déjà décrite et non loin de la ligne médiane, on sent, recouvert par la muqueuse linguale, un nodule dur de la grosseur d'une cerise et au dessus duquel, la muqueuse est un peu épaissie et présente une couleur blanchâtre. Le reste de la langue est tout à fait normal.

Diagnostic : lymphangiome de la langue.

Le 21 novembre on enlève la tumeur de la base sous chloroforme avec le Paquelin. Poudre d'iodoforme. Rincage de la bouche. Cours régulier : le malade s'en va le 3 décembre ayant une plaie bourgeonnante.

Examen histologique. — Macroscopiquement et microscopiquement la partie enlevée au Paquelin était dans toute son épaisseur formée par des cavités non cloisonnées. Cette partie était composée de la muqueuse, de la sous-muqueuse, et même de la musculuse.

Dans toutes les directions on trouvait des cavités de différentes tailles et dans leur intérieur on voyait, ça et là, des noyaux faisant saillie.

Le contenu de ces cavités était généralement formé par une masse amorphe, légèrement granuleuse où se trouvaient quelques corpuscules lymphatiques, et çà et là, du sang. On ne pouvait voir nulle part le « thrombus lymphatique » de Wagner. Une partie de ces cavités était située entre deux papilles qui parfois étaient envahies par les cavités extrêmes. Parfois aussi ces petites loges n'étaient recouvertes que par le Rete et l'épiderme. Dans quelques-unes de ces cavités, on en voyait de plus petites formées par du tissu conjonctif à cellules étoilées, remplies également de lymphes et de sang.

Plus profondément, on retrouve ce même tissu conjonctif présentant çà et là une infiltration cellulaire plus considérable, mais entre les faisceaux musculaires. Dans bien des points, principalement entre les papilles, les vaisseaux sanguins circulent entre les cavités.

L'épithélium est un peu épaissi, mais on ne trouve nulle part aucune production anormale.

OBSERVATION VII

MICKULICZ. — In O Samter. Sur les lymphangiomes de la cavité buccale. *Archiv. f. Klin. Chir.* Tome XLI.

Fillette de 10 ans. La famille ne présente aucune tare héréditaire et l'enfant n'a d'ailleurs jamais été malade.

Un jour, par hasard, inspectant la gorge de l'enfant pour une légère angine, la mère découvrit une saillie développée sur le milieu de la partie postérieure de la langue.

On trouve, en effet, à la base de la langue et presque située sur la ligne médiane une tumeur très nette s'élevant de 3 à 4 millimètres au-dessus du niveau de la muqueuse environnante, assez bien nettement délimitée, superficiellement et qui s'enfonce sans limites précises dans la substance lin-

gual. En examinant la surface à la lumière réfléchie par un miroir on lui trouve un aspect chagriné : les grains ayant la grosseur d'une tête d'épingle.

La tumeur n'occasionne pas de douleur, seulement un peu de gêne de la déglutition et de la phonation.

Aucun moyen thérapeutique n'a encore été employé.

OBSERVATION VIII (*résumée*).

J. HUTCHINSON. — Lymphatic naevus of the tongue. *T. Path. Soc. London*, 1890.

Cas dans lequel le côté gauche de la langue était hypertrophié et couvert d'éminences papillaires (beaucoup plus larges que les papilles ordinaires) depuis l'enfance. Le développement très lent de la maladie était probablement dû à une hypertrophie lymphatique de la surface plutôt qu'au développement de toute la substance de la langue.

OBSERVATIONS IX et X (*résumées*).

J. HUTCHINSON (*Loco citato*).

Fillette de 3 ans et homme de 20 ans qui, tous deux présentaient des naevi lymphatiques de la langue semblables à celui du cas rapporté plus haut.

Aucun renseignement anatomo-pathologique.

OBSERVATION XI

VOITURIEZ. — Lymphangiome superficiel à forme papillaire de la langue. *Journal des Sciences Médicales*, Lille, 1898.

Le nommé C... Jean, âgé de 16 ans, bouvier, entre au mois

d'Avril 1898 à l'hôpital de la Charité, pour une tumeur de la langue, qui détermine de la gêne et dont il désire qu'on le débarrasse.

Comme antécédents de famille, père et mère vivants, bien portants. Il a plusieurs frères et sœurs qui sont également en bonne santé et ne présentent rien d'anormal.

Il a eu à 12 ans une variole bénigne qui n'a laissé que peu de traces sur le visage.

Il a constaté déjà l'existence d'une grosseur sur la langue depuis l'âge de 9 ans ; mais il est plus que probable que cette tumeur existait avant, car d'après ses souvenirs d'enfant, elle était assez considérable dès cette époque. Depuis, elle a continué à se développer, mais très lentement et est arrivée peu à peu au point où nous la voyons aujourd'hui.

En faisant ouvrir la bouche, nous constatons sur la face dorsale de la langue, une tumeur sessile large de 2 cent. longue de 4 cent. faisant saillie et dépassant la muqueuse de 6 à 8 millimètres suivant les points.

Cette tumeur présente une coloration normale, rosée ; sa face superficielle a un aspect framboisé, grenu ; en insinuant un stylet entre les divers éléments pour les dissocier, on constate qu'elle est formée de saillies papillaires, juxtaposées, de disposition velvétique ; ces papilles très hautes ont leur extrémité libre renflée en massue. Au point de vue topographique, la tumeur occupe la moitié gauche de la langue, n'empiète pas sur le bord et ne dépasse pas la ligne médiane ; comme limite antérieure, elle cesse à 2 cent. de la pointe de la langue.

La tumeur ne détermine pas de douleur ; simplement de la gêne habituelle principalement au moment des repas. Elle n'est pas le siège d'hémorragie. Enfin, l'exploration attentive de la région sous-maxillaire et parotidienne ne permet pas de sentir de ganglion hypertrophié ou simplement suspect.

Néanmoins, en raison de la rareté de cette forme de tumeur, et n'ayant pas de certitude absolue de sa bénignité, le chirurgien se croit autorisé à procéder à son ablation.

L'opération est faite comme pour un épithélioma limité de la langue. La tumeur est circonscrite par deux incisions qui la dépassent et toute la portion de la langue sous-jacente à la tumeur est enlevée au bistouri.

Suture au catgut des deux surfaces avivées.

Collutoire et pulvérisations à l'eau chloratée à 10/1000. Au bout de 7 jours, les fils de catgut sont enlevés. Sa guérison est obtenue par première intention et le malade quitte l'hôpital quelques jours après.

L'examen de la tumeur est confié à Monsieur le Professeur Augier qui a bien voulu nous communiquer ses coupes ainsi que les résultats de ses recherches.

Sur les coupes, on constate que la masse principale des végétations est formée, à leur base, par des faisceaux de fibres musculaires entrecroisées, séparés par une charpente conjonctive assez lâche.

A mesure qu'on s'élève vers la surface libre de la langue, les faisceaux musculaires disparaissent, la charpente conjonctive augmente d'épaisseur et surtout devient très vasculaire. On trouve à ce niveau d'énormes espaces, très rapprochés sur certains points donnant à la coupe un aspect presque caverneux. Ces cavités vasculaires sont tantôt des espaces étoilés très irréguliers, d'autres arrondis, présentant une forme kystique. Sur quelques points, il s'est produit une diapédèse abondante avec infiltration leucocytaire du tissu conjonctif. A certains endroits, les dilatations vasculaires affleurent le revêtement épithélial lui-même, le refoulent et s'en coiffent, en l'amincissant. Le tissu conjonctif a disparu à ce niveau.

Les espaces arrondis ou étoilés sont presque tous vides ; dans quelques-uns seulement on trouve un réticulum fibrineux

et des globules blancs, pas de globules rouges. Les plus grands espaces eux-mêmes, comme les plus petits, ne présentent pas de paroi propre, pas de fibres musculaires, ni élastiques, mais sont seulement tapissés par un revêtement endothélial continu.

Quant à la structure des saillies papillomateuses qui apparaissent à l'œil nu à la surface de la tumeur, occupant la face dorsale de la langue, on reconnaît l'existence de l'épithélium pavimenteux stratifié, normal, nettement limité à sa partie profonde.

Aucune trace de tendance à la formation de globes épidermiques.

Histologiquement, la tumeur qui nous a été présentée est remarquable surtout par le développement considérable du réseau lymphatique, avec formation d'espaces lacunaires et kystiques. La lésion primitive et essentielle, probablement d'origine congénitale, frappe donc le réseau lymphatique du chorion de la muqueuse de la langue, par une surface limitée ; quant au développement papillaire, il est secondaire et représente une réaction superficielle et épithéliale d'ordre irritatif.

En résumé, on ne rencontre, en aucun point, de lésion res sortissant à la tuberculose, à l'épithélioma ou à une tumeur d'origine conjonctive, telle que fibrome, sarcome, etc... L'appellation qui convient ici est lymphangiome superficiel à forme papillaire limité à une portion de la langue.

Le pronostic, après ablation large et complète est bénin et la récurrence n'est pas à redouter.

OBSERVATION XII

BROCC et BERNARD. — Lymphangiome circonscrit de la muqueuse buccale. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, Paris, 1898. Page 313.

G..., âgé de 17 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Broca, le 18 octobre 1897, envoyé par le Dr Châtellier, pour demander notre avis à propos de lésions déjà anciennes de la langue et du voile du palais. Sur la face dorsale de la langue on voit, à gauche du raphé médian, s'étendant sur toute la moitié postérieure de l'organe, une tumeur allongée, de la forme générale d'un boudin, de 6 à 7 centimètres de longueur. Elle forme une saillie de 1 centimètre et demi environ au-dessus du niveau de la muqueuse normale. Ses contours sont assez peu nets ; quoiqu'elle ait une forme franchement globuleuse, la néoplasie se confond en somme assez insensiblement en dehors avec les parties saines ; en dedans elle descend à pic sur la ligne médiane.

Sa surface est irrégulière ; on y voit des bosselures variables dont nous reparlerons. Elle présente en son milieu une sorte d'étranglement transversal, de grand sillon, qui la divise en deux parties principales : la partie antérieure est elle-même divisée par un petit sillon secondaire antéro-postérieur. La partie postérieure, d'ailleurs moins accessible à la vue, est fortement divisée par d'autres sillons plus accusés que le précédent ; en somme, toute la surface de la néoplasie offre des sillons secondaires qui la vallonnet en quelque sorte. Telle est la configuration générale de la tumeur.

Sa consistance est remarquable par sa dureté réellement ligneuse. La coloration générale est celle de la langue.

En l'examinant d'assez près, on remarque tout d'abord l'absence des papilles linguales normales. Mais on voit que

sa surface est hérissée de petites bosselures inégales et irrégulières, à contours arrondis, à sommet aplati ou acuminé, et de volume variable : les plus petites sont véritablement milliaires, et ont l'aspect de grains de semoule ; les plus grandes atteignent les dimensions d'une petite lentille ; la plupart sont, comme volume, intermédiaires aux précédentes.

Sur les bords de la tumeur, ces bosselures sont isolées les unes des autres ; quelques-unes s'y érigent toutes droites. Sur la surface même de la tumeur, elles sont plus souvent groupées en forme de bouquets, ou simulent des mosaïques.

Les parois de certaines de ces vésicules paraissent assez épaisses et résistantes, d'autres au contraire semblent limitées par une pellicule translucide de la plus extrême minceur : quelques-unes ont leur surface libre parcourue de fins sillons qui leur donnent un aspect polyédrique, qui laisse deviner un cloisonnement intérieur.

Leur couleur est en général blanchâtre, opalescente ou claire ; les plus petites ressemblent à des grains de semoule, quelques-unes dont le contenu est franchement hémorragique, ont une teinte violacée. En les regardant avec une grande attention, on s'aperçoit que presque toutes les vésicules translucides présentent en leur centre un point hémorragique, qu'on distingue par transparence : ce caractère manque notamment sur les vésicules indépendantes du bord de la tumeur. En avant et à gauche de celle-ci, l'une de ces bosselures offre, par l'aspect de son contenu rouge noirâtre, étalé et à bords diffus, comme irradiés, l'image d'un naevus sanguin.

Sur le voile du palais, également à gauche et tout à fait en arrière, on distingue une infiltration en nappe de la même néoplasie : en voici la configuration et les limites approximatives : elle se termine en avant par une ligne indécise, sur le côté interne par une ligne plus nette, qui en avant déborde de quelques millimètres la ligne médiane, puis recule en

dehors et à gauche pour laisser indemne la luvette, et enfin plonge dans le pharynx, en occupant la région des piliers du voile devenus méconnaissables ; en dehors, par une ligne sinueuse vers les confins des gencives et de la joue. Toute la partie postérieure de la tumeur palatine est composée de saillies mamelonnées d'un volume variable allant de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; elles sont contiguës, mais distinctes, translucides, ressemblant à des sortes de vésico-bulles à parois polyédriques ; certaines d'entre elles sont nettement constituées par l'agglomération de bouquets de petits éléments perlés, les uns opalins, les autres hémorragiques. Toutes limitent la tumeur en arrière ou sur les côtés, et dessinent nettement ses contours à pic sur les parties saines du pharynx. En avant au contraire, ainsi que nous l'avons dit, la tumeur s'étale sans limites précises ; on reconnaît sa présence à la teinte du voile d'un rouge plus vif, et à l'existence de petits grains semblables à ceux de la langue, grains de semoule blanchâtres ou plus ou moins violacés. A ce niveau, la consistance de la tumeur n'a rien de spécial ; en arrière au contraire les bourgeons proéminents donnent au toucher une sensation de dureté.

Cette tumeur n'est nullement douloureuse ni spontanément, ni à la pression ; elle n'empêche ni la mastication, ni la déglutition, ni la respiration, ni la phonation, ces fonctions ne provoquent pas de douleur, mais simplement un certain degré de gêne ; les aliments épicés ne causent pas de sensation pénible.

Le néoplasme est congénital ; à la naissance il était constitué par de « simples petits points imperceptibles », dit le malade, qui petit à petit se sont développés et agglomérés. La tumeur est devenue un peu gênante par son volume depuis l'âge de 12 ans. Actuellement, elle continue à évoluer ; le malade affirme qu'à chaque changement de saison, elle subit une sorte de turgescence, qui dure trois semaines ; elle est

alors entièrement violacée, puis elle s'affaisse et reprend l'aspect habituel que nous avons décrit. Ces sortes de poussées fluxionnaires se reproduiraient régulièrement quatre fois par an.

Depuis deux ans ces lésions ont été traitées sans résultat par l'igni-puncture ; ces interventions ont peut-être contribué dans une certaine mesure à développer ou tout au moins à exagérer la consistance si dure de la tumeur.

Les ganglions sous-maxillaires gauches sont augmentés de volume.

En faisant déshabiller le malade, on est frappé de la présence d'arborisations télangiectasiques disséminées sur presque toute la surface du corps. Elles sont surtout nettes, à la nuque et à la partie supérieure du dos, où elles dessinent des lignes flexueuses et rougeâtres ; mais elles existent également, plus discrètes, sur la poitrine et aux avant-bras, aux membres inférieurs, elles sont bleuâtres, et elles s'y accompagnent de varices vraies caractéristiques.

Notons en outre un naevus verruqueux à la nuque, un autre à la poitrine, un naevus pigmentaire du dos, un naevus vasculaire à la face postérieure de la cuisse droite.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal.

Nous avons ponctionné à deux reprises des vésicules choisies sur les bords de la tumeur ; il s'en est écoulé un liquide aqueux, jaune citrin, arrivant assez abondamment pour nous convaincre que la quantité retirée par la pipette dépassait notablement la capacité de la vésicule ponctionnée. Au bout d'un certain temps, le liquide se colorait de sang, puis il venait du sang en apparence pur. L'écoulement cessait bientôt de lui-même. En examinant au microscope la première portion de liquide obtenue, nous avons reconnu la présence de leucocytes en grande quantité, de petites granulations, et enfin de quelques hématies. Ce qui nous a conduit à considérer ce liquide comme de la lymphe.

Nous avons essayé de traiter ce malade par l'électrolyse : l'ignipuncture a déjà été employée chez lui sans le moindre succès : les vésicules ont été modifiées d'une manière assez lente, mais manifeste ; elles se sont affaissées, et ont même diminué de nombre, de telle sorte qu'aujourd'hui — après 17 séances d'électrolyse négative — la surface de la néoplasie ne présente plus tout à fait l'aspect que nous lui avons décrit il y a trois mois, au moment où nous avons présenté le malade à la Société française de dermatologie. Mais la tumeur elle-même persiste, presque aussi volumineuse, certainement aussi dure sinon plus dure qu'au début du traitement ; les piqûres électrolytiques pratiquées avec des aiguilles longues, qui transfixaient la néoplasie dans toute son étendue, sont restées insuffisantes. Aussi avons-nous résolu depuis quelques semaines de l'extirper chirurgicalement par morcellement. Une première excision a déjà été faite, qui n'a été suivie d'aucun accident : nous n'avons vu se produire ni lymphorrhée, ni hémorragie, et la réunion s'est faite par première intention.

Histologie pathologique. — A deux reprises nous avons enlevé des vésicules superficielles ; nous avons aussi examiné le dernier fragment que nous avons extirpé, et son volume assez considérable nous a permis de faire une étude complète de cette tumeur.

Nous avons déjà vu en étudiant le lymphangiome circonscrit de la peau que les principales discussions qui ont eu lieu sur la nature de cette tumeur, ont porté sur son origine histologique, les uns lui attribuant une origine vasculaire lymphatique, les autres une origine vasculaire sanguine. Aussi avons-nous pensé pouvoir peut-être terminer ces controverses par un argument décisif en décelant la forme de l'endothélium des cavités par la nitratisation ; dans ce but, nous avons nitraté par les procédés ordinaires une des vésicules enlevées, et nous avons appliqué à une portion du frag-

ment excisé la méthode que le professeur Renaut de Lyon a indiquée pour l'étude des lymphatiques de la peau. Nos deux tentatives ayant échoué, nous avons dû nous contenter de l'examen attentif d'une vésicule et du fragment récemment excisé, l'un et l'autre fixés dans un mélange chromo-mercure, et inclus à la paraffine.

A un faible grossissement, on voit que la tumeur est entièrement recouverte par l'épithélium de la muqueuse linguale ; celui-ci revêt directement des cavités kystiques, développées dans la couche des papilles choriales, entre les colonnes interpapillaires de l'épithélium malpighien. Ces cavités sont de dimensions très variables ; elles sont d'autant plus vastes qu'elles sont situées plus près de la surface ; elles repoussent devant elle l'épithélium, qui les recouvre toujours, les encapuchonnant en quelque sorte.

Au-dessous de cette couche, on voit le tissu fibreux qui la sépare des fibres musculaires, visibles à la base des coupes. Au sein de ce tissu fibreux, existent de nombreuses lacunes, très irrégulières de formes, et de capacité en général inférieure à celles des cavités superficielles. Ce sont ces différents points de la coupe qu'il nous faut maintenant étudier en détail.

L'épithélium de la muqueuse est formé de ses couches normales, mais il a subi un processus d'irritation chronique, se traduisant par de l'hypertrophie et de la kératinisation. En effet, ses assises cellulaires à type malpighien normal sont recouvertes par des lames cornées peu épaisses, et entre ces deux couches on en voit une troisième composée de deux ou trois strates de cellules aplaties, à noyau colorable, et à protoplasma granuleux prenant l'acide picrique du picro-carmin.

D'autre part, cet épithélium présente une prolifération extrême, s'enfonçant dans la profondeur en colonnes épaisses, qui envahissent le chorion et contribuent à diminuer le champ des papilles, lesquelles sont étouffées entre ces piliers cellu-

lares et les cavités kystiques. Celles-ci refoulent progressivement l'épithélium et le distendent en quelque sorte progressivement à mesure qu'elles se développent ; aussi les plus grandes sont-elles simplement revêtues à leur surface de deux ou trois assises cellulaires et de la lame cornée. Cet épithélium proliféré est d'ailleurs partout typique.

La zone papillaire du chorion n'a pas le même aspect dans les coupes de vésicules isolées, et dans celles du fragment de la tumeur. Dans les premières, les papilles ont pour ainsi dire disparu ; à leur place on voit ces grandes cavités kystiques, qui semblent communiquer les unes avec les autres, lorsqu'on suit les coupes en série, et qui ne sont séparées les unes des autres que par les prolongements de l'épithélium proliféré. Ce n'est qu'à la base même de la couche papillaire qu'on retrouve un peu de tissu conjonctif et les vestiges des papilles en quelque sorte étouffées.

En étudiant de près les cavités kystiques, on voit qu'elles ne sont pas toutes semblables : leur forme et leurs dimensions sont variables ; leur grand axe est généralement allongé, perpendiculairement à la surface de la tumeur ; mais plus proches de cette surface les plus dilatées sont plus ou moins arrondies. Leur contenu peut aussi varier : les plus grandes renferment une substance granuleuse, quelques globules blancs, et enfin vers leur partie basale (par rapport à la tumeur) des amas de globules rouges ; d'autres cavités plus petites sont exclusivement remplies de granulations, d'autres enfin de globules rouges.

La constitution de leur paroi est constante : elles sont limitées par un endothélium contenu, dont on reconnaît aisément les noyaux plats, allongés, et qui est en général immédiatement juxtaposé à l'épithélium de la muqueuse ; quelquefois il en est séparé par de minces tractus conjonctifs ; et au sein de ces derniers on voit des trainées de globules rouges, enfermés dans une gaine endothéliale ; ce sont des capillaires

sanguins, qui rampent le long des cavités kystiques, et qui paraissent prêts à y éclater. Enfin les grandes lacunes présentent à leur intérieur des cavités secondaires, limitées par des cloisons, que les coupes permettent de voir sous la forme d'éperons, et qui sont constituées par une lame mince de tissu connectif tapissée sur ses deux faces par la couche endothéliale.

En suivant une série de préparations, nous avons pu voir sur un corps papillaire coupé perpendiculairement à son grand axe, les transformations successives qu'il subit et qui aboutissent à la production des cavités polykystiques. Sur les premières coupes, répondant par conséquent à la base de la papille, on voit ses vaisseaux sanguins et ses espaces ou vaisseaux lymphatiques, dont l'endothélium proliféré rend la lumière un peu indistincte. Les lumières dans les coupes suivantes deviennent de plus en plus nettes, de plus en plus larges, arrivent à se constituer en cavités, où se régularise l'endothélium pariétal ; à la fin de la série, on voit un groupe confluent de ces cavités séparées entre elles par de simples cloisons, répondant à l'aspect clinique de vésicules à surface carrelée et à contenu translucide. D'ailleurs les coupes montrent que dans les cavités le contenu est purement granuleux et l'examen minutieux de ces séries de préparations prouve que les vaisseaux sanguins ne jouent aucun rôle dans le développement des cavités kystiques.

Dans les coupes qui ont été faites à travers le fragment de tumeur excisé, l'aspect de la couche papillaire est un peu différent; et peut-être est-il bon de faire remarquer que lorsque cette dernière biopsie a été pratiquée nous avions déjà fait subir à la néoplasie un assez long traitement électrolytique.

Quoiqu'il en soit, on rencontre encore ici dans quelques papilles les mêmes cavités kystiques avec leur même configuration; mais leur contenu est moins souvent hémorragique

que dans les préparations que nous venons d'étudier : la plupart des cavités renferment des granulations et des leucocytes. Par contre, on observe presque toujours dans le voisinage des vaisseaux capillaires sanguins dilatés et gorgés d'hématies, situés le plus souvent à la base, sous le plancher même des vésicules. Toutes les papilles ne sont pas occupées par des kystes; un grand nombre d'entre elles présentent leur constitution habituelle, toutefois avec cette particularité qu'elles sont presque toujours parcourues dans toute leur hauteur par un vaisseau lymphatique des plus nets: ce vaisseau chemine le long de la papille, et est tapissé d'un endothélium à plusieurs couches de cellules dont la prolifération témoigne de la part active que prennent ces vaisseaux à la constitution des cavités. Nous en avons vu quelques uns qui se terminaient par une extrémité renflée en massue, semblant représenter le premier stade de la dilatation kystique, et représentant assez nettement dans le sens longitudinal ce que nous avait montré la série des coupes transversales, dont nous avons précédemment parlé. Notons enfin que certains corps papillaires, au lieu de renfermer des cavités kystiques, ont l'aspect de véritables infarctus sanguins; leur tissu conjonctif est rempli d'hématies; ce sont de véritables foyers d'hémorragie intra-papillaire.

Dans les mêmes coupes, on peut étudier le tissu fibreux, qui constitue la base de la tumeur. Ses faisceaux et ses cellules ne présentent rien de particulier; mais il contient un assez grand nombre de lacunes de forme très irrégulière, et de capacité inégale; les unes sont bien isolées, les autres rapprochées les unes des autres, au point de constituer par endroits une sorte de tissu caverneux; elles sont toujours séparées les unes des autres par une couche conjonctive, plus ou moins mince. Leur paroi est constituée par des cellules endothéliales, dont on voit nettement sur les coupes les noyaux allongés et aplatis, ordinairement agglomérés en deux ou trois couches. Leur

contenu est d'ordinaire exclusivement granuleux et leucocytaire ; il est rare d'y voir des hématies, on n'y trouve jamais de véritables caillots sanguins.

Il ne semble pas exister de communication entre ces lacunes et les vaisseaux lymphatiques ; ceux-ci présentent un endothélium proliféré, souvent figuré en amas cellulaires, dont les éléments toujours de petit volume sont facilement reconnaissables à leur noyau allongé. Les vaisseaux sanguins, peu nombreux comparativement aux lacunes, paraissent normaux. Mais quelques-uns sont entourés de nodules de cellules embryonnaires, inflammatoires, dont nous avons retrouvé deux ou trois amas sur la totalité de nos coupes.

Nous ne disons qu'un mot des fibres musculaires, dont les plus superficielles ont été intéressées par nos coupes ; leur striation est peu nette ; elles ont un aspect vitreux, qui témoigne d'un certain degré de dégénérescence.

OBSERVATION XIII

M. TENNESON. — Lymphangiome diffus congénital de la langue. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, Paris 1898, page 984.

Jean Th..., 23 ans, garçon de restaurant. Le malade présente un lymphangiome lingual caractérisé par les particularités suivantes :

Augmentation générale du volume de la langue très appréciable.

La surface de la langue est irrégulière ; elle présente un aspect granuleux dû à la présence de saillies de la grosseur d'une graine de millet environ. Ces saillies granuleuses offrent une grande diversité dans leur coloration, blanchâtre, rose pâle, rouge, violacée suivant les cas.

Ces granulations, qui donnent à la langue de notre malade

un aspect tout particulier, se voient à la face supérieure et à la face inférieure de la langue ainsi que sur ses bords. Elles forment des îlots plus ou moins volumineux séparés par des sillons de longueur et de profondeur variables.

La direction, l'orientation de ces sillons montrent qu'ils ne sont autre chose que les sillons normaux de la langue dont la profondeur et l'étendue ont été exagérées par la production de ce lymphangiome.

L'un de ces sillons, le sillon antéro-postérieur de la langue, est surtout remarquable par ses dimensions.

A la face inférieure de la langue les veines ranines attirent l'attention par leur relief et leur coloration.

Ce lymphangiome serait devenu apparent ou du moins aurait été reconnu chez notre malade alors seulement qu'il avait 4 ans. Il a été élevé au sein et ses parents, dit-il, n'auraient rien remarqué chez lui d'anormal pendant son allaitement et durant les premières années de son existence.

Cette lésion si remarquable n'est pas la seule que présente ce jeune homme. Chez lui la lèvre inférieure offre un naevus vasculaire. La majeure partie de ce naevus occupe la face postérieure, muqueuse, de la lèvre inférieure sur la ligne médiane d'où la tumeur s'étend latéralement, c'est-à-dire à droite et à gauche, pour disparaître en affectant un contour irrégulier avant d'avoir atteint le niveau des commissures labiales.

En avant, ce naevus se prolonge en pointe sur le bord libre de la lèvre, en arrière il continue de rester apparent sur la muqueuse de la lèvre inférieure au niveau de sa réflexion sur l'arcade alvéolaire correspondante ainsi que sur la muqueuse gingivale avoisinante.

Ce naevus a une coloration rouge violacé et présente un contour irrégulier.

Sur le cou, dans sa portion antéro-latérale gauche, existe un autre-naevus vasculaire, qui occupe toute la hauteur sous-

hyoïdienne qu'il déborde légèrement à gauche en arrière. De forme quadrilatère, ce naevus offre une largeur de 6 centimètres environ. Sa coloration bleuâtre va s'atténuant de bas en haut.

Enfin sur l'hélix du pavillon de l'oreille gauche on voit un troisième naevus vasculaire de petite dimension (pièce de 20 centimes). Celui-ci est simplement maculeux. Le malade ne présente aucune autre malformation. L'auscultation du cœur et des gros vaisseaux ne révèle rien d'anormal.

Il est de taille presque moyenne et jouit d'une bonne santé habituelle.

La malformation dont il est atteint n'entraîne chez lui aucune gêne de la mastication, la déglutition, la phonation.

OBSERVATION XIV

MM. F. BALZER et GAUCHERY. — Lymphangiome ou hémangiome kystique de la langue. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, Année 1899, 3^e Série, T. X, page 240.

Jules G., âgé de 16 ans, entre le 2 mars 1899 à la Salle St Hillairet, lit n° 22, pour une affection de la langue datant de 10 ans environ. Il est seul dans sa famille atteint de cette affection. Il a une sœur bien portante et n'a jamais été malade.

L'affection n'est pas congénitale ; elle débuta il y a dix ans environ, à la face inférieure de la langue, près de la pointe. À l'examen actuel on constate les signes suivants :

La langue est de volume normal. La lésion s'étend du bord libre de la pointe à un centimètre et demi environ du plancher buccal et en largeur elle est plus étendue à droite qu'à gauche. Elle présente un aspect framboisé et semble formée de grappes de vésicules kystiques, les unes rouges, en appa-

rence franchement hématiques, la plupart blanches et transparentes comme des kystes lymphatiques. Ces deux sortes de vésicules sont irrégulièrement distribuées, mélangées les unes avec les autres, sans ordre apparent. Leur agglomération forme deux masses très proéminentes à la face inférieure de la langue, l'une, suivant le bord libre et empiétant un peu sur ce bord, l'autre, à un centimètre au dessous, au niveau de l'extrémité supérieure du filet. Ces deux masses principales sont réunies à droite par un tractus transversal peu saillant de sorte que l'ensemble rappelle un peu la forme d'un fer à cheval.

Les glandes sublinguales sont sensiblement hypertrophiées ; quand on examine le dos de la langue, on constate que la tumeur déborde la pointe et le bord libre de la langue mais n'empiète pas sur la face dorsale.

Au niveau du tiers antérieur de la surface dorsale de la langue, on constate des éléments disséminés, arrondis, d'apparence vésiculeuse, les proéminents, plus gros, comme un grain de mil, agglomérés ou isolés.

Ils ne sont pas proéminents comme à la face inférieure de la langue. Quelques uns de ces éléments, les plus petits, forment une sorte de sablé assez uniforme dans tout le tiers antérieur de la langue. On constate un seul de ces éléments franchement hématique, gros comme une tête d'épingle ; les autres sont roses, tranchant peu sur la couleur normale de la muqueuse buccale.

Il y a une hypertrophie très notable des papilles linguales. Sur le dos de la langue, il semble donc que l'on assiste au début de la lésion. Pas de troubles fonctionnels, indolence absolue. Il n'y a pas de salivation anormale. La santé générale est très bonne.

Ce malade présente, en résumé, une tumeur dont l'aspect correspond parfaitement à la description que les auteurs ont donnée du lymphangiome. Il est très affirmatif sur ce point

que la tumeur ne serait pas congénitale. Le fait est possible, ainsi qu'on l'a déjà observé, mais il se pourrait aussi, que la tumeur n'ait appelé l'attention qu'au moment où elle a pris un certain développement. Il paraît certain que son évolution dure encore, et notamment les petites vésicules du dos de la langue seraient de date récente. On peut donc se demander si au moment de la naissance, il n'existait pas déjà quelques ectasies de vaisseaux lymphatiques trop petites pour ne point passer inaperçues.

L'examen biopsique de cette tumeur, n'a point encore été fait. Nous n'essaierons donc point de préciser le diagnostic et de dire si la tumeur appartient au groupe des hémolymphangiomes ou mieux hémangiomes kystiques, étudiés par Arragon, E. Besnier et Jacquet ou au groupe des lymphangiomes proprement dits. D'après l'observation clinique, nous serions disposés à considérer la tumeur comme un hémangiome kystique, mais cette opinion demande vérification histologique.

Pour le traitement, notre intention est d'entreprendre la cautérisation ignée des vésicules au moyen du galvano-cautère qui a donné de bons résultats dans le cas d'hémolymphangiome cutané.

M. Leredde. — Un cas analogue a été publié par M. Robin et moi sous le titre de varices lymphatiques de la langue. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de dilatation des vaisseaux lymphatiques, les vaisseaux sanguins n'étaient pas intéressés.

Chez notre malade, l'affection évoluait par poussées accompagnées d'une tuméfaction considérable de la langue, de fièvre, comme si elle était de nature érysipélateuse.

Je me demande si, chez le malade de M. Balzer on ne pourrait soulever l'hypothèse d'une forme de tuberculose linguale, la tuberculose pouvant comme l'infection streptococcique, déterminer des lésions lymphatiques de cet ordre.

OBSERVATION XV

CAMUS. — Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit de la langue. (Thèse de Lille, 1903).

H..... Pauline, âgée de 14 ans, demeurant à Lille, entre à l'hôpital Saint-Sauveur le 24 novembre 1902, pour une tumeur de la langue.

L'affection a débuté ou du moins, l'enfant s'est aperçu de l'augmentation de volume de la langue il y a environ un an et demi. A cette époque la tuméfaction était peu marquée et elle s'est accrue lentement.

Père âgé de 55 ans, atteint d'affection du cœur. Mère âgée de 51 ans, bien portante. Un frère âgé de 17 ans $\frac{1}{2}$ et une sœur de 12 ans, également bien portants.

La mère a fait deux pertes au début de son mariage.

L'enfant a eu la rougeole dans sa première enfance. Elle a eu également de la kératite ; il reste encore une teinte légèrement voilée de la cornée.

La malade n'est pas très vigoureuse pour son âge, quoique bien portante. A l'inspection, la langue de l'enfant présente du côté de la face dorsale une double tuméfaction. A droite, la tumeur est plus volumineuse et située tout entière dans la moitié antérieure. La surface est rosée, un peu plus foncée que le reste de la muqueuse buccale et irrégulièrement parsemée d'élevures rougeâtres. Par places des sortes de petites vésicules flétries, desquamation épithéliale. Cette tuméfaction, allongée dans le sens de la longueur de l'organe, est séparée de celle du côté opposé par un sillon curviligne à convexité droite surtout marqué à la partie moyenne de la langue où il atteint sa plus grande profondeur, presque un centimètre. Le fond du sillon présente le même aspect que la surface sans fissure ni raghade.

La moitié gauche de l'organe présente une tuméfaction de même aspect, mais beaucoup plus limitée et siégeant seulement au voisinage du sillon médian. A la face inférieure, on retrouve la même tuméfaction, mais beaucoup moins saillante. D'autre part, sa surface est beaucoup plus irrégulière, parsemée d'élevures papillaires et par places de petites vésicules flétries surtout au voisinage du sillon médian.

Si l'on prend cette tumeur entre deux doigts et qu'on la comprime de haut en bas, on constate qu'elle est de consistance ferme et assez résistante. La muqueuse de la langue présente une surface très rugueuse au doigt. A la palpation, la tumeur paraît s'étendre aussi loin que le faisait pressentir la simple inspection.

D'autre part, quand on comprime la langue latéralement, on ne perçoit plus du tout cette sensation de résistance ferme et la tumeur paraît s'effacer sauf un point qui reste dur et fermé à la partie inférieure de la langue en avant et à droite.

Si l'on se sert d'une pointe mousse pour explorer la surface de la tuméfaction, il est facile de constater que l'hyperaccroissement est surtout dû à l'exagération du volume et du nombre des papilles.

En effet, dans le sens vertical, on peut enfoncer l'aiguille perpendiculairement entre deux papilles jusqu'à une profondeur de près d'un centimètre et, dans le sens transversal, on peut faire cheminer entre les papilles, à la même profondeur, de façon à traverser, pour ainsi dire, la tumeur de part en part. On peut faire la même constatation à la face inférieure de l'organe. Il est à noter que toute cette exploration, non plus que la palpation, la compression restent absolument indolores et que l'enfant se prête de la meilleure volonté à tous nos examens.

L'enfant, avons-nous dit, a constaté la présence d'une légère hypertrophie il y a environ un an et demi. Depuis

cette époque, l'accroissement s'est fait d'une manière graduelle et absolument indolente. Toutefois, l'enfant a remarqué, au moins une vingtaine de fois, que la tumeur prenait tout à coup, parfois dans l'espace d'une seule journée, un accroissement insolite.

Pendant cette période, l'enfant a la langue douloureuse, la déglutition et la parole sont plus difficiles, la salivation exagérée considérablement ; il semble à l'enfant que la langue lui pique. Ces petites alertes ne durent jamais plus de 2 à 3 jours, parfois même un seul jour. Après quoi, tout rentre dans l'ordre, mais jamais la tumeur n'a régressé. A l'heure actuelle, l'enfant ne souffre aucunement. La parole est facile, la mastication et la déglutition aussi. Salivation exagérée.

Les dents sont implantées assez irrégulièrement et leur bord libre est échancré en V.

Ablation de la tumeur le 2 décembre 1902. — Deux incisions elliptiques circonscrivent la tumeur située dans la moitié droite.

On enlève ainsi une masse du volume d'une grosse amande.

Hémorragie abondante qui s'arrête après affrontement exact des 2 lèvres par 8 points à la soie.

Anatomie pathologique (Professeur Verdun). — La pièce a été fixée à l'alcool et incluse dans la paraffine. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline et Van Gieson.

La tumeur enlevée a le volume d'une grosse amande et l'aspect d'une sorte de petit chou-fleur. Sur une section pratiquée à travers le tissu pathologique, on voit que cette apparence est due à la présence de volumineuses excroissances qui hérissent la surface de la langue.

Ces excroissances sont inégales entre elles, fortement serrées les unes contre les autres, et, par pression réciproque, elles perdent leurs contours cylindriques pour prendre une forme prismatique. Leur extrémité libre est tantôt aplatie,

tantôt sphéroïdale et comme vésiculeuse. Sous un faible grossissement, il est facile de constater que les excroissances correspondent à une hypertrophie considérable des papilles de la langue.

Alors que sur les parties saines de la même région, les papilles mesurent au maximum 400 μ de hauteur au-dessus de la surface libre de la muqueuse, ou 1 millimètre environ au-dessus de l'assise basilaire, dans notre tumeur elles atteignent 3 millimètres 5, comptés à partir de la même couche cellulaire, c'est-à-dire qu'elles ont une longueur à peu près quadruple.

L'augmentation de leur diamètre transversal est en rapport avec celle du diamètre vertical. Chaque papille s'élargit légèrement à son extrémité libre, de telle sorte que dans son ensemble, elle affecte la forme d'une sorte de champignon à gros pied, implanté sur le chorion de la muqueuse.

Toutes les papilles possèdent un axe conjonctif longitudinal, dépendant du derme de la muqueuse, et cet axe émet sur son trajet un certain nombre de ramifications ; lorsque celles-ci sont sectionnées transversalement, elles se montrent sur les coupes comme de petits nodules conjonctifs entourés des diverses couches cellulaires de l'épithélium.

Le tissu connectif est surtout dense dans la partie centrale. Là on y voit des bandes de fibres lamineuses assez nombreuses, parallèles entre elles, et dirigées dans le sens de la longueur de la papille. Vers les bords de l'axe, le tissu devient plus lâche et subit une infiltration embryonnaire très prononcée qui s'étend dans les couches superficielles du derme.

La zone périphérique des papilles est constituée par une couche épithéliale ayant les caractères de l'épiderme de la muqueuse linguale.

Au-dessus d'une assise basilaire, directement appliquée sur l'axe de la papille, on trouve un corps muqueux de Malpighi,

présentant vers la base de chaque excroissance deux zones caractéristiques : la profonde, à cellules petites, serrées, se colorant bien ; la périphérique, à éléments plus grands, à bords très nets et à contenu clair, transparent, peu colorable. Au niveau de l'extrémité de quelques papilles, on voit apparaître au-dessus du corps de Malpighi des éléments épithéliaux aplatis avec granulations d'éléidine, et enfin une couche cornée très fine.

A première vue, il semble donc que l'on se trouve en présence d'un papillome, d'une sorte de végétation en chou-fleur. Mais en examinant les coupes plus attentivement, on voit que beaucoup de papilles possèdent, vers leur extrémité libre élargie, de véritables dilatations kystiques atteignant souvent plus d'un millimètre de diamètre. Ces cavités sont parfois situées très près de la surface libre de la muqueuse et ne sont recouvertes que par une couche épithéliale de faible épaisseur (30 μ). Cette disposition explique l'aspect perlé qu'offraient, à l'état frais, les extrémités de certaines papilles. Ces vésicules, à un fort grossissement, présentent une paroi endothéliale qui se détache par places et devient alors flottante et bien visible. Leur contenu est constitué par une substance grânuleuse dans laquelle on trouve de nombreux globules blancs.

Elles ont donc tous les caractères de dilatations lymphatiques. Pour bien démontrer leur vraie nature, il aurait fallu, au moyen d'imprégnations au nitrate d'argent, étudier les contours des cellules endothéliales des parois. Mais ici l'ensemble de tous les autres caractères est suffisamment net pour que leur nature lymphatique ne puisse être mise en doute.

Une mince zone de tissu conjonctif, parfois absente, les enveloppe et les sépare des couches épithéliales environnantes, c'est-à-dire de l'assise génératrice et du corps muqueux

de Malpighi. Il est facile de se rendre compte que ces vésicules occupent exactement la place des nodules conjonctifs représentant les sections transversales des prolongements de l'axe conjonctif et de la papille. Leur calibre est assez variable, depuis quelques μ jusqu'à 650 μ , c'est-à-dire plus d'un demi-millimètre. Ces dilatations ne sont pas isolées ; en examinant la série des coupes on se rend parfaitement compte que ces cavités viennent s'ouvrir dans un conduit également lymphatique, occupant l'axe de la papille, et que ce canal à son tour vient se souder à un réseau sous-jacent de capillaires lymphatiques très dilatés, occupant le chorion et même les interstices des faisceaux musculaires, lesquels sont plus espacés qu'à l'état normal.

L'élargissement des espaces lymphatiques du chorion de la muqueuse donne à ce tissu un aspect caverneux spécial. Il en résulte aussi que les faisceaux musculaires les plus superficiels sont dissociés et que les fibres, très écartées, sont distribuées çà et là sans aucun ordre. La coupe s'arrêtant aux couches les plus superficielles des muscles de la langue, il est difficile de se rendre compte de l'état du réseau lymphatique profond et de ses relations avec les dilatations lymphatiques.

La description que nous venons de donner, montre que la tumeur répond exactement à une simple ectasie du système lymphatique de la langue et qu'il ne paraît pas y avoir de néoformation. Voici, en effet, ce que nous disent les traités classiques à propos de cet organe.

Les lymphatiques de la muqueuse linguale naissent de capillaires très ténus, anastomosés entre eux et formant ainsi des réseaux à mailles ténues et serrées que l'on trouve dans la zone sous-capillaire et dans la région située en avant du V lingual.

Chaque papille renferme un ou deux ramuscules centraux

autour desquels se groupent des capillaires anastomosés, ayant eux-mêmes, pour origine, de très fins capillicules. Tous ces vaisseaux viennent se jeter dans le réseau sous-papillaire, dont les mailles circonscrivent la papille à la façon d'un anneau.

Dans nos coupes, la distribution des lymphatiques est exactement la même qu'à l'état normal, ils ne diffèrent que par leur dilatation.

OBSERVATION XVI

M. DANLOS. — Lymphangiome circonscrit de la langue. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Paris, 1904
Page 1013.

Il s'agit d'une jeune femme d'ailleurs bien portante, sans tare héréditaire, sans antécédents morbides personnels. L'affection remonte ou plutôt a été remarquée à l'âge de 7 ans. Depuis elle s'est peu modifiée, subissant simplement à époques éloignées de plusieurs mois, sans périodicité, sans cause appréciable, quelquefois après traitement intempestif, une poussée temporaire caractérisée par un peu de douleur et de tuméfaction passagères. Quand la malade s'est présentée à nous pour la première fois, elle était précisément atteinte d'une poussée inflammatoire due à des badigeonnages avec une solution de permanganate potassique à titre inconnu. Des émollients en ont vite triomphé et la langue a repris son état habituel.

La lésion occupe la moitié antérieure environ de la face dorsale. Ses limites sont nettes et un peu saillantes. Dans toute l'étendue malade, l'organe se montre hérissé de grosses saillies cohérentes dont le volume varie depuis celui d'un grain

de millet à celui d'un grain de chènevis environ. Ces grains saillants sont de trois sortes : 1° vasculaires, variqueux rouges ; 2° transparents clairs analogues à des gouttes de rosée ou mieux à des grains de tapioca cuit ; 3° transparents avec axe vasculaire central. Ils sont irrégulièrement entremêlés avec prédominance des grains clairs. L'état morbide se limite au dos de la langue, cependant une trainée de granulations transparentes se montre à la face inférieure dans le sillon qui sépare les veines ranines. La langue n'est pour ainsi dire pas tuméfiée. Il n'y a pas de douleur spontanée et l'alimentation n'est pas douloureuse ; les liqueurs et les condiments déterminent seuls un peu de sensibilité. Aucun trouble digestif, santé générale bonne, sauf un peu de nervosité. Pas de naevi vasculaires sur le corps (au dire de la malade qui s'est refusée à tout examen). Quelques naevi pigmentaires et pileux sur la figure. Sauf cette absence de naevi vasculaires, ce cas est identique à ceux publiés par Brocq, Tenneson, etc. Le défaut d'évolution et le début dans l'enfance sinon la congénitalité, font rentrer cette lésion dans la classe des naevi.

OBSERVATION XVII

V. G. WORMS. — Lymphangiome fibreux de la langue *Annales des maladies de l'oreille*, Paris 1904, page 1072.

W.... P...., 64 ans, nous a été adressé il y a quinze jours de la Martinique pour une lésion linguale dont le début remonte à une date indéterminée.

Jusqu'ici parfaitement tolérée, elle passait presque inaperçue, mais, depuis quelque temps, elle augmentait de volume, gênait la déglutition et entravait l'élocution.

Dès que le sujet ouvre la bouche, on est frappé par l'aspect de la langue. Sur la ligne médiane, on observe une saillie

occupant toute la base, débordant à peine en avant, au delà du V lingual, et sur les côtés s'étendant presque jusqu'aux bords de l'organe. Elle fait un relief assez accusé, comparable à celui d'une grosse amande étalée. La surface est hérissée d'élevures plus ou moins développées, qui lui donnent un aspect cérébriforme.

A son niveau, la muqueuse offre une coloration absolument normale, mais semble épaissie. La consistance est rénitente, fibreuse ; la tumeur s'enfonce dans les plans profonds avec lesquels elle se confond insensiblement sans qu'on puisse délimiter nettement ses contours.

Pas de leucoplasie. Aucune trace d'adénopathie sous-maxillaire ou carotidienne. Etat général parfait.

Dans les antécédents, on ne note rien de particulier. Pas de syphilis. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives.

Toutes les apparences sont en faveur d'une tumeur bénigne ; une biopsie en est venue préciser la nature.

Un fragment prélevé au niveau de la tumeur se montre constitué par un épithélium malpighien muqueux, hyperplasié, kératinisé en surface et reposant sur un substratum conjonctif assez dense contenant, à côté de nombreuses cellules inflammatoires mononucléées groupées parfois en véritables nodules, de nombreuses cavités bordées d'un endothélium et présentant divers degrés de dilatations lacunaires, vides d'éléments figurés.

En résumé, aspect de lymphangiome fibreux. Il s'agit là d'une tumeur exceptionnelle de la langue.

Indépendamment de son intérêt histologique, ce cas nous paraît mériter de retenir l'attention au point de vue thérapeutique.

Je suis encouragé à intervenir chirurgicalement plutôt qu'à faire appel à des moyens physiothérapeutiques.

La simplicité avec laquelle a cicatrisé la plaie de biopsie prouve qu'il n'y a pas à craindre d'hémorragie sérieuse. Il s'agit d'ailleurs d'une tumeur lymphatique et non d'un angiome.

Depuis la présentation du malade, la tumeur a été extirpée au moyen d'une incision emportant tout le tissu pathologique. L'opération se fit très simplement, sans autre hémorragie qu'un léger suintement en nappe qui s'apaisa spontanément au bout de quelques heures.

Pas de suture, pas de tamponnement. La plaie, abandonnée à elle-même, se répara promptement et les résultats furent des plus satisfaisants au point de vue de la forme et de la fonction.

OBSERVATION XVIII

L. M. PAUTRIER et BENARD. — Vaste lymphangiome de la langue. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*. — *Réunion dermatologique de Strasbourg* (Séance du 9 Mars 1924).

Le nommé G. Jean, âgé de 21 ans, vient nous consulter pour une tumeur de la langue, qui a commencé à apparaître à l'âge de 5 ans. Elle grossit insensiblement et lorsque le sujet atteignit l'âge de 13 ans elle avait déjà les dimensions d'une amande verte. Elle a continué à se développer lentement par la suite jusque dans ces trois derniers mois, où elle se mit à accroître plus rapidement.

Le malade présente aujourd'hui une volumineuse tumeur occupant la moitié gauche de la langue. Elle mesure 7 centimètres dans son axe transversal. Elle débute vers la base de la langue et s'arrête à environ un centimètre de la pointe de

cet organe. Elle est très volumineuse et saillante et atteint 3 centimètres d'épaisseur dans sa partie extériorisée au-dessus de la surface linguale. Elle occupe, nous l'avons dit, la moitié gauche de la langue, mais sa surface de revêtement empiète largement sur la moitié droite, tandis que sa base d'implantation plus étroite ne dépasse pas le raphé médian lingual. Il existe donc entre le bord libre de la tumeur et la surface de la langue un sillon de près de 1 centimètre. La surface de la tumeur est bombée, arrondie en coupole, irrégulière, mamelonnée et végétante. Elle présente une série de granulations arrondies, découpées par des sillons, quelques uns très superficiels, d'autres ayant plusieurs millimètres de profondeur et découpant la masse principale en une série de tumeurs secondaires. Par places, ces sillons, entrecoupés en divers sens, délimitent des sortes de petites languettes, qui deviennent plus apparentes quand on étale la tumeur en la tendant entre les doigts. L'épithélium de revêtement existe partout normal : il n'y a nulle part de tendance à l'ulcération.

Alors que le bord droit de la tumeur est en quelque sorte flottant et déborde sur la moitié droite de la langue dont il est séparé par un sillon profond, le bord gauche au contraire se confond avec le bord de la langue elle-même qui est tuméfié, triplé de volume et présente des encoches correspondant aux dents voisines.

L'aspect mamelonné et végétant de la tumeur disparaît à ce niveau et, sauf les encoches de dépressions dentaires, sa surface serait lisse et régulière.

Par contre, à la face inférieure de la langue, qui est elle aussi tuméfiée et doublée de volume, l'aspect végétant reparait et s'étend jusque dans le raphé médian lingual.

Au toucher, la tumeur dans toute son étendue est remarquablement dure ; elle n'est nulle part dépressible mais donne une sensation franchement ligneuse.

La biopsie a confirmé le diagnostic clinique de lymphangiome. Nous nous proposons de traiter ce cas par l'ablation chirurgicale pour abraser la partie saillante de la tumeur, puis par la radiumthérapie.

OBSERVATION XIX

NICOLAS, GATÉ, BARBIER et JUVIN. — Lymphangiome de la langue. Présentation d'un malade. *Lyon Médical*, n° 9, 10 mai 1923, page 397.

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, sans antécédent digne d'être noté, qui présentait depuis sa naissance, une tumeur de la moitié de la langue, tumeur à l'habitude indolore, ne gênant ni la parole, ni la mastication, grosse comme une noix et recouverte d'une muqueuse de teinte rosée normale mais « plus granuleuse » que la muqueuse saine.

Depuis cinq ans environ, la tumeur subit chaque année à une ou deux reprises, une augmentation brusque de volume : Elle devient douloureuse, la muqueuse à sa surface prend une teinte noirâtre : ces paroxysmes régressent habituellement en quatre ou cinq jours par simples gargarismes.

Au mois de novembre 1922, une pareille exacerbation est survenue, mais contrairement à l'habitude, n'a fait qu'augmenter jusqu'au jour où le malade vient consulter (26 décembre 1922). A ce moment on constate les phénomènes suivants : la langue est énorme et empêche l'occlusion complète de la bouche ; la palpation révèle, dans la moitié droite de la surface, une tumeur du volume d'une petite mandarine, de consistance ferme, non fluctuante, douloureuse. La muqueuse à sa surface est noirâtre, chagrinée, couverte de petites perles rougeâtres ; une fausse membrane, noirâtre, d'aspect gangréneux et d'odeur fétide engaine la moitié droite de la langue ; le moindre attouchement, provoque une légère hémorragie.

A côté de la tumeur principale, sur le côté gauche du sillon médian, se trouvent deux petites tumeurs framboisées, de teinte rose.

Sur le reste de la langue, sur les joues, sur les gencives, la muqueuse est absolument normale.

La salivation est abondante ; il n'y a pas de trismus.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens sont gros, mobiles, modérément douloureux.

Le malade est amaigri et pâle ; l'examen général est négatif.

5 janvier. — Après lavage à l'H²O², et des badigeonnages au bleu de méthylène, la langue est revenue en une dizaine de jours à son état antérieur ; la tumeur a maintenant le volume d'une noix. Elle est indolore et de consistance ferme. A sa surface, sur le dos de la langue, la muqueuse a sa teinte rose normale : Elle est parsemée d'une manière discontinue de petites granulations perlées, grosses comme une tête d'épingle : les unes sont blanchâtres de teinte laiteuse et la piqure de l'une fait sourdre une sérosité incolore ; les autres sont roses ou rouges à contenu nettement hématique. A la face inférieure de la langue la teinte est rouge vineux et les perles sont rouges et violacées. Certaines cependant sont translucides.

Les ganglions ont disparu.

L'histoire de cette lésion linguale, qui existe depuis la naissance, oriente immédiatement le diagnostic du côté d'une tumeur congénitale. Les épisodes que nous avons signalés et qui se caractérisent par une augmentation du volume de la lésion et par des phénomènes inflammatoires doivent être rapportés à des fissurations traumatiques d'origine dentaire, secondairement infectée.

Quant à la nature de cette tumeur, la description objective détaillée impose en quelque sorte le diagnostic, d'hémolymphangiome de la langue, diagnostic qu'a affirmé Monsieur le Professeur Nicolas.

DISCUSSION

M. NICOLAS. — J'ai tenu à faire présenter cette lésion, qui est très exceptionnelle et que les Médecins sont exposés à méconnaître, parce qu'ils n'en ont jamais eu d'exemples sous les yeux. Nous n'avons pas affaire dans le cas présent à des varices lymphatiques ordinaires. Il s'agit d'une affection congénitale qui accroît peu à peu son volume et son étendue, au moyen de sortes de poussées inflammatoires passagères, au cours desquelles on observe des réactions ganglionnaires de voisinage.

Histologiquement ces tumeurs ne sont pas des lymphangiomes absolument purs. Il y a association de dilatation de capillaires veineux. Ce sont en réalité des hémolymphangiomes. On peut les rencontrer un peu partout sur la peau et les muqueuses. Personnellement, j'en ai déjà vu trois cas : l'un siégeait sur la cuisse, le second dans le dos, le troisième sur le voile du palais. Le traitement idéal serait l'ablation, mais elle n'est pas toujours réalisable. La radiothérapie peut rendre de grands services. Elle a réussi à faire disparaître le lymphangiome que j'ai eu l'occasion de voir dans la région dorsale. Aussi l'avons-nous essayée depuis peu chez ce malade. Nous tiendrons la société au courant des progrès qui seront réalisés.

OBSERVATION XX

MM. J. NICOLAS et Jean LACASSAGNE. — Lymphangiome de la langue. — *Lyon médical*, 12 décembre 1926. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*. Séance du 9 Novembre 1926.

Antoinette P..., âgée de 13 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Adressée par un

médecin de Gap, pour tumeur du dos de la langue. Cette affection aurait été constatée deux mois après la naissance, on ne sait si elle existait antérieurement. Un médecin consulté, déclara qu'il ne faudrait se préoccuper de cette lésion que si elle grossissait.

C'est depuis deux ans environ que cette tumeur a progressé: elle aurait doublé de volume depuis.

Jamais de douleurs à proprement parler, seulement un peu de gêne à la déglutition, pas de troubles de la mastication, ni de la phonation.

A l'examen, on constate, en avant du V lingual, sur la face dorsale de la langue, une tumeur de trois centimètres de long sur deux de large. Cette tumeur est arrondie, ses bords sont nettement marqués mais ne sont pas adhérents à la surface sous-jacente, car on peut, avec la pointe d'un stylet, constater la présence d'un sillon au-dessous de la périphérie de la tumeur, indiquant une véritable pédiculation de celle-ci. Quand, avec le même instrument, on examine la surface de la lésion, on note une série de petits sillons peu profonds qui séparent les éléments constitutifs de cette tumeur.

Sur les bords, la coloration est à peu de choses près identique à celle de la muqueuse linguale, mais, au centre et en avant, la lésion prend un aspect mûriforme, polychrome et l'on voit chacun des éléments saillants être surmontés de petites vésicules, contenant les unes un liquide hématique, les autres un liquide citrin.

Au toucher, on constate une certaine impression de résistance mais non d'induration. Pas de douleur au contact digital, pas de réduction par la pression.

Pas de trismus, pas d'hypersécrétion salivaire, pas de ganglions.

Par ailleurs, la muqueuse linguale et la face interne des joues sont normales. A signaler pourtant une ébauche de langue fissuraire.

L'examen histologique a été pratiqué par le Docteur Massia. En voici le résultat :

Un fragment est prélevé sur la partie antérieure de la lésion. Très légère hémorragie contrairement à ce qu'on pouvait attendre.

Coloration : hématéine, erythrosine, safran.

L'examen montre les lésions habituellement décrites dans ces cas. On voit des cavités kystiques nombreuses, de dimensions variables, mais d'autant plus développées qu'elles sont plus près de la surface.

Ces cavités sont creusées dans l'épiderme, en plein corps muqueux, et souvent elles arrivent jusqu'aux couches les plus superficielles, expliquant l'aspect macroscopique constaté. Les papilles sont naturellement bouleversées, mais on note une augmentation et une hypertrophie du corps muqueux, tendant à un certain degré de papillomatose. Les bourgeons interpapillaires sont très allongés.

Dans le derme, les cavités sont plus petites, plus irrégulières ; pas de sclérose notable ; il n'apparaît nulle part d'îlots inflammatoires de cellules jeunes. Les cavités sont remplies d'une substance hyaline pour certaines ; ailleurs comprenant de nombreux globules blancs ; dans quelques unes on trouve du sang. La paroi est le plus souvent recouverte d'un mince endothélium. Certaines cavités enfin sont divisées par de minces travées, plus ou moins recouvertes d'endothélium.

OBSERVATION XXI

MM. J. NICOLAS et F. LEBŒUF. — Hemolymphangiome de la langue. (Présentation de malade). *Lyon Médical* du 13 mars 1927.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un étudiant Lulgare, âgé de 19 ans, porteur d'une lésion de la langue dont le début apparent remonte à un an environ. Cette lésion qui siège, d'une part entre la branche droite du V lingual et la pointe, d'autre part entre le sillon médian et le bord droit de la langue, fait saillie à la face supérieure de l'organe sous forme d'une tumeur perceptible par le palper, soulevant la muqueuse dont les papilles présentent un développement exagéré.

Si on l'examine à l'œil nu ou mieux à la loupe, on constate la présence de varices lymphatiques à sa surface, sous forme de pseudo-vésicules perlées ou acuminées, les unes claires, transparentes, les autres blanches et opaques. Il en existe, en outre, quelques unes de teinte rouge, noire ou bleuâtre, contenant du sang dans leur cavité, ce qui fait porter le diagnostic non seulement de lymphangiome, mais d'hémo-lymphangiome, l'élément hémangiomateux étant, dans ce cas particulier, moins développé que l'élément lymphangiomateux.

D'ailleurs cette tumeur est le siège d'hémorragies assez fréquentes, au cours desquelles elle augmente de volume, gênant la parole et l'alimentation, hémorragies après lesquelles les pseudo-vésicules rouges ou violacées deviennent plus nombreuses. La biopsie, pratiquée par le Docteur Massia, montre les lésions suivantes : hyperacanthose avec hypertrophie du corps muqueux de Malpighi, profondément remanié par les kystes qui le pénètrent. Ces kystes sont, soit purement lymphatiques, soit remplis à la fois de globules rouges et de séro-

sité. Tous ces kystes sont entourés d'un endothélium très mince envoyant parfois des cloisons dans leur cavité. Au niveau du derme, on constate également des fentes lymphatiques très élargies qui constituent vraisemblablement la première étape des kystes ; les vaisseaux sont très dilatés. Il existe un degré d'inflammation très légère sous le corps muqueux de Malpighi.

En résumé, il s'agit cliniquement et histologiquement d'un hémio-lymphangiome de la langue, affection relativement rare, dont nous avons pu cependant observer deux cas antérieurs, qui ont été présentés à la Société : le premier par MM. Nicolas, Gaté, Barbier et Juvin, le 6 février 1923, le deuxième par MM. Nicolas et Lacassagne, le 9 novembre 1926.

Cette lésion va être soumise à la radiothérapie.

CHAPITRE II

DEFINITION

Monod entend par lymphangiome « une tumeur constituée par des vaisseaux lymphatiques de nouvelle formation ». Baraban complète cette définition en ajoutant que « les lacunes d'une tumeur pourront être considérées comme lymphatiques de nouvelle formation, si elles sont plus nombreuses que ne le comporte le tissu où la tumeur s'est développée ». Ces définitions sont à rejeter parce que reposant exclusivement sur l'anatomie pathologique.

Camus appelle le lymphangiome circonscrit « une tumeur à contours nettement délimités, d'origine congénitale et de structure incontestablement lymphatique ». Nous n'accepterons pas davantage cette appellation parce qu'elle nous paraît incomplète.

Nous proposons de comprendre sous le nom *d'hémo-lymphangiome*, toute tumeur vésiculeuse, à contours nettement délimités, congénitale ou apparaissant dès l'enfance, et résultant de lésions, associées à des degrés

variables, du système lymphatique et des vaisseaux sanguins adjacents.

C'est la définition qui correspond le mieux aux différents cas d'hémo-lymphangiomes de la langue réunis dans cette thèse.

Si nous avons fait précéder le mot lymphangiome du préfixe hémo, c'est pour montrer que le système vasculaire sanguin joue, d'une part, un rôle dans la constitution de cette affection, et, d'autre part, lui donne un aspect clinique spécial par suite de la dilatation des capillaires sanguins adjacents, dilatation qui va même jusqu'à la rupture, amenant ainsi l'envahissement par le sang, des cavités, kystes ou vésicules lymphatiques, à telle enseigne que certaines de ces vésicules perdent leur aspect translucide, jaunâtre, que leur donnait la lymphe qu'elles contenaient primitivement, pour prendre une teinte franchement hématique, rouge, bleue ou violacée. Dorénavant, nous appellerons donc la tumeur que nous étudions, non plus simplement lymphangiome, mais hémo-lymphangiome.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE, PATHOGENIE ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelle est maintenant la cause efficiente de l'hémo-lymphangiome de la langue? Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la nature essentiellement congénitale de ces tumeurs. La lecture de nos observations ne permet pas de tirer des conclusions aussi catégoriques. En effet, sur les vingt-et-un cas réunis dans ce travail, huit fois seulement la présence de la tumeur a été constatée dès la naissance ou peu de temps après. Neuf autres fois, l'origine est douteuse ou indéterminée en ce sens que les malades sont unanimes à fixer le début de l'affection, mais que ce début paraît n'être qu'apparent. Vraisemblablement, c'est à la suite d'une poussée inflammatoire épisodique amenant des troubles fonctionnels, ou d'une autre affection concomittante que l'attention des malades ou de leur entourage a été mise

en éveil. Les renseignements font absolument défaut pour les trois cas étudiés par Hutchinson et enfin une origine atypique de la tumeur est celle qui est relatée dans la deuxième observation (femme de 52 ans s'apercevant de sa lésion à la suite d'une morsure de la langue faite 18 mois plus tôt). Mais dire de l'hémo-lymphangiome lingual qu'il est congénital n'est pas répondre à la question posée au début de ce chapitre. Comme nous l'a maintes fois fait remarquer Monsieur le Professeur Favre, dans son service de l'Hôtel-Dieu, ce terme de « congénitalité » n'est qu'un mot, un bouclier derrière lequel nous abritons notre ignorance. Il ne faut pas parler de congénitalité simple, vague et imprécise, entité indéfinissable, mais de maladies congénitales, Hutinel entre autres a bien prouvé ce fait. Le bec-de-lièvre, le spina bifida sont aussi des affections dites congénitales, que l'on sait, aujourd'hui, relever d'une infection et en particulier de la syphilis des parents. Rien de semblable pour la tumeur qui nous intéresse. Une fois seulement, l'attention est arrêtée par deux fausses couches de la mère et des séquelles de kératite chez la fillette atteinte d'hémo-lymphangiome de la langue. Huit autres fois l'examen des antécédents héréditaires reste négatif ; les renseignements font défaut pour le reste des observations.

Plusieurs auteurs, frappés par la présence simultanée, chez le même malade, d'un hémo-lymphangiome lingual et de plusieurs autres naevi (vasculaires, verruqueux, pigmentaires, pileux) ont expliqué cela par la « dysembryoplastie ». Hélas ! encore un mot qui, pas plus que la « congénitalité », n'apporte de leur nouvelle

sur l'obscurité qui entoure l'étiologie de la tumeur. La question paraît donc rester entière.

Par contre, lorsqu'il s'agit d'établir les causes d'apparition de la tumeur et d'indiquer la part qui revient à la néoformation lymphatique et à la lymphectasie dans son développement, les interprétations apparaissent aussi nombreuses que divergentes.

Quand parut, en 1898, la remarquable étude de Brocq sur le lymphangiome circonscrit de la cavité buccale, la discussion portait sur deux points : 1°) aux dépens de quel tissu est constitué l'hémo-lymphangiome ? Avant le mémoire de Brocq, les auteurs français avaient tendance à lui attribuer une origine vasculaire sanguine, tandis qu'à l'étranger il était regardé comme une tumeur lymphatique (voir chapitre I, Historique) ; 2°) Y a-t-il néoplasme au vrai sens du mot ? Ces lésions sont-elles uniquement formées aux dépens des éléments préexistants du tissu envahi, ou y a-t-il néoformation d'éléments nouveaux ?

Brocq répondit à ces deux questions. Nous rapportons ces conclusions.

Il résume ainsi sa réponse à la première question : le lymphangiome circonscrit est-il un véritable lymphangiome pur ou bien un hémangiome ?

« Les rôles joués par le système sanguin et le système
« lymphatique dans la constitution du lymphangiome
« circonscrit nous paraissent devoir être répartis ainsi
« qu'il suit, et nous nous appuyons, pour émettre ces
« conclusions, sur nos recherches personnelles et sur
« celles de Tôrök et de Freudweiler, entièrement con-
« cordantes avec les nôtres : les lacunes et les kystes

« viennent de la dilatation de vaisseaux lymphatiques.
« Ces auteurs et nous-mêmes, nous avons pu vérifier
« histologiquement l'exactitude de cette assertion, tan-
« dis que les partisans de la théorie angio-hématogène
« n'ont pas pu établir la filiation certaine des dilata-
« tions kystiques et des vaisseaux sanguins. Les vési-
« cules claires, les kystes à contenu granuleux sont
« donc les éléments jeunes, primitifs de cette affection.
« Mais toujours les vaisseaux sanguins sont dilatés ; de
« par le fait de la dilatation progressive des vésicules
« superficielles, celles-ci finissent par être entourées de
« capillaires nombreux. A la base des vésicules ils dé-
« terminent l'aspect clinique des vésicules claires à
« point pourpré central. Ces capillaires se rompent fa-
« cilement : dans le tissu conjonctif, ils constituent les
« infarctus intra-papillaires ; dans les vésicules, les
« kystes à contenu sanguin. Il est dès lors facile de com-
« prendre que les cavités à contenu sanguin soient
« beaucoup plus fréquentes à la superficie des coupes,
« dans les kystes papillaires, qui se développent plus
« facilement, que dans la profondeur, dans les lacunes
« dermiques, dont le développement trouve un obstacle
« dans la présence du tissu fibreux qui les entoure. Mais
« la participation du système sanguin, qui est constante,
« peut être plus ou moins importante ; réduite au mi-
« nimum, elle donne des faits, comme celui de Schmidt,
« où les vésicules restent toujours claires : c'est le lym-
« phangiome pur. Quand elle est portée au maximum,
« il en résulte des cas comme ceux de Besnier et
« Jacquet, de Smedt et Bock, pour les lymphangiomes
« cutanés ; pour la langue comme celui de Bryant, où
« la prépondérance des éléments hémorragiques a pu

PLANCHE I

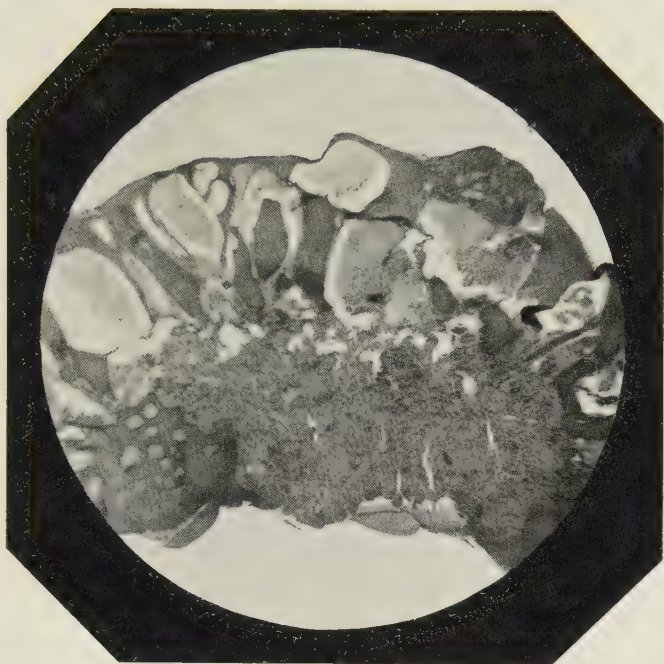


Fig. 1

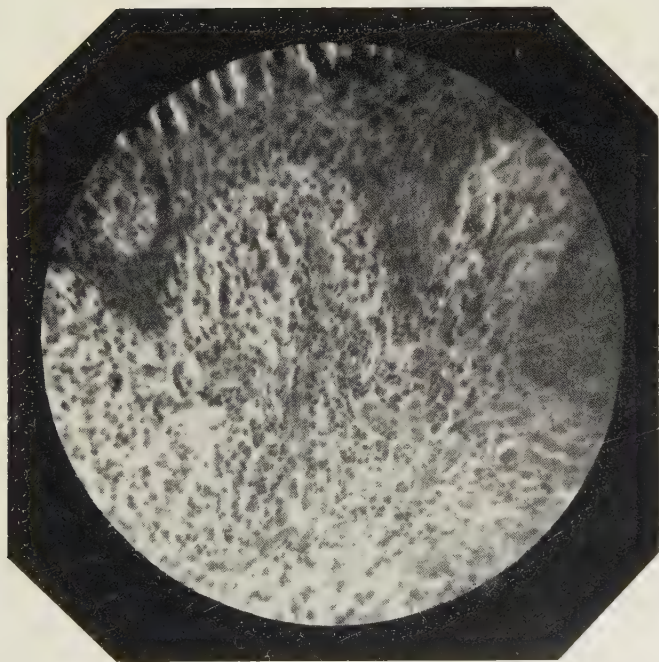


Fig. 2

Fig. 1. — Observation XX. — Vue d'ensemble.

Fig. 2. — Observation XX. — Un point inflammatoire sous les bourgeons interpapillaires.

« en imposer à ces observateurs si compétents. Dans
« les cas communs, la part du système sanguin com-
« prend surtout les dilatations et les ruptures vascu-
« laires, d'où les différents aspects cliniques et histolo-
« giques, sur lesquels nous avons suffisamment insisté.
« Somme toute, la part du système sanguin est cons-
« tante mais accessoire dans la constitution de cette ma-
« ladie, qui est essentiellement d'origine lymphatique.

Le lymphangiome circonscrit est-il uniquement formé aux dépens des éléments préexistants du tissu envahi ou y a-t-il néoformation d'éléments ? En un mot, le lymphangiome circonscrit doit-il être nettement séparé des lymphangiectasies vraies ?

Certains auteurs pensaient qu'au moins théoriquement il convenait de séparer les lymphangiectasies — varices lymphatiques — des lymphangiomes — néoplasmes lymphatiques. — Mais, disait Besnier, « le terme lymphangiome n'a pas de signification anatomique absolue ; il ne peut être dissocié que théoriquement et didactiquement du terme de lymphangiectasie ». Ici encore Brocq répondit à la question. Il exposa les trois ordres d'arguments qui, selon lui, militent en faveur de la nature néoplasique de la lésion. On trouvera dans son mémoire les caractères cliniques et étiologiques ainsi que les caractères histologiques qui lui ont permis de différencier les varices lymphatiques de l'hémo-lymphangiome.

Pour nous, l'examen attentif et minutieux des coupes histologiques, nous ont suggéré sur l'étiologie et la pathogénie des conceptions nouvelles, qui sont exposées en même temps que le résultat de nos constatations mi-

croscopiques dont voici le détail :

Les lésions de l'hémo-lymphangiome de la langue ne diffèrent que par quelques points de celles des hémo-lymphangiomes cutanés. Les lésions sont marquées au niveau de la couche de Malpighi, et au niveau de la couche superficielle du derme, c'est-à-dire à la couche sous-papillaire. La couche superficielle de l'épithélium ne semble pas altérée : elle ne présente ni phénomènes de kératose et d'épaississement, ni de parakératose. Si dans l'hémo-lymphangiome cutané, le corps muqueux de Malpighi est souvent diminué, aminci par distension, et les bourgeons interpapillaires souvent disparus, on observe toujours dans l'hémo-lymphangiome de la langue un épaississement considérable de ce corps muqueux, et une hyperacanthose toujours très marquée. Il semble que la compression exercée par les vésicules lymphatiques ait obligé les cellules de Malpighi à se glisser sous forme de languettes plus ou moins volumineuses dans les points où le tissu lymphatique laissait quelques intervalles. Ces formations de tissu composé de cellules de Malpighi, plus ou moins informes, acquièrent une très grande épaisseur, et c'est dans la couche superficielle elle-même que siègent les vésicules les plus volumineuses et les plus nombreuses.

Ces dilatations souvent considérables, mais de dimensions variables, sont généralement des sortes de petits kystes, à paroi très mince, mais où on peut presque toujours constater des cellules endothéliales plates, révélées en coupe seulement par leurs noyaux, alors même que le contenu du kyste est plus ou moins constitué par du sang. M. le Professeur Fatre nous a mon-

tré ces cellules qu'il a pu imprégner à l'argent, et a constaté qu'il s'agissait bien de cellules de l'endothélium lymphatique. La lésion, au reste, semble bien être à peu près entièrement constituée par ces dilatations. Le contenu de ces cavités est constitué soit par une matière amorphe, colorée en rose par l'érythrosine, soit par des globules rouges et blancs ; soit enfin par les deux ensemble ; mais dans ce cas, les deux ne sont pas mélangés, mais emplissent deux parties distinctes du kyste, bien qu'on ne puisse observer aucune espèce de membrane entre les deux. Il s'agit vraisemblablement d'hémorragies dans les dilatations lymphatiques, par rupture de capillaires ; car, nous l'avons dit, partout l'endothélium lymphatique semble tapisser les cavités.

Dans les cas examinés, nous n'avons pas rencontré de cellules géantes, signalées par Török dans certains cas d'hémo-lymphangiomes cutanés.

La couche sous-papillaire présente également des cavités kystiques lymphatiques, tapissées de cellules endothéliales, mais de dimensions bien moins considérables ; elles sont assez irrégulières, et constituent évidemment le début du processus pathologique ; on en trouve de toutes dimensions, parfois de simples dilatations lymphatiques à peine marquées. On doit signaler toutefois l'abondance de ces vaisseaux lymphatiques, qui est beaucoup plus considérable que normalement, si on examine les points profonds de la lésion.

Si on examine les vaisseaux sanguins, on voit qu'ils participent à ce processus de dilatation, mais dans des proportions infimes, par rapport aux vaisseaux lymphatiques. En quelques points, ils présentent des lésions inflammatoires.

La lésion en somme est constituée par des véritables vésicules lymphatiques, arrivant souvent jusque sous la couche superficielle de la muqueuse, avec quelques hémorragies minimales, par usure des capillaires, ce qui explique bien l'aspect clinique des lésions, apparaissant sous forme de perles, parfois blanches, parfois hématisques, à la surface d'une tuméfaction constituée par l'ensemble de ces formations.

En outre, nous devons signaler dans les deux cas que nous avons pu étudier, l'existence d'une inflammation des plus nettes : souvent, à la base des bourgeons interpapillaires, dans les premières couches du derme, on constate des amas de petites cellules rondes, nettement inflammatoires, et toujours en foyers assez bien circonscrits. Tôrök les avait signalées déjà, en même temps que les cellules fusiformes conjonctives ; pour ces dernières, nous n'en avons pas trouvé dans nos préparations, une abondance particulière : c'est plutôt le tissu inflammatoire qui a pu attirer l'attention. D'autres auteurs signalent également ce fait : Favre, Civatte entre autres. Ajoutons qu'en dehors de ces lésions nous n'avons pas constaté de cellules endothéliales anormales, en particulier des cellules naeviques.

Pouvons-nous tirer des conclusions de ces faits ? Nous ne le pouvons pas : il serait nécessaire qu'un plus grand nombre de cas soient réunis et examinés. Néanmoins, cette singulière affection ne semble pas avoir été expliquée de façon satisfaisante. Est-ce un naevus simple avec hyperplasie lymphatique ? Il ne semble pas : les cellules naeviques font toujours défaut. Est-ce une tumeur du tissu lymphatique, bénigne évidemment ? Peut-

PLANCHE II

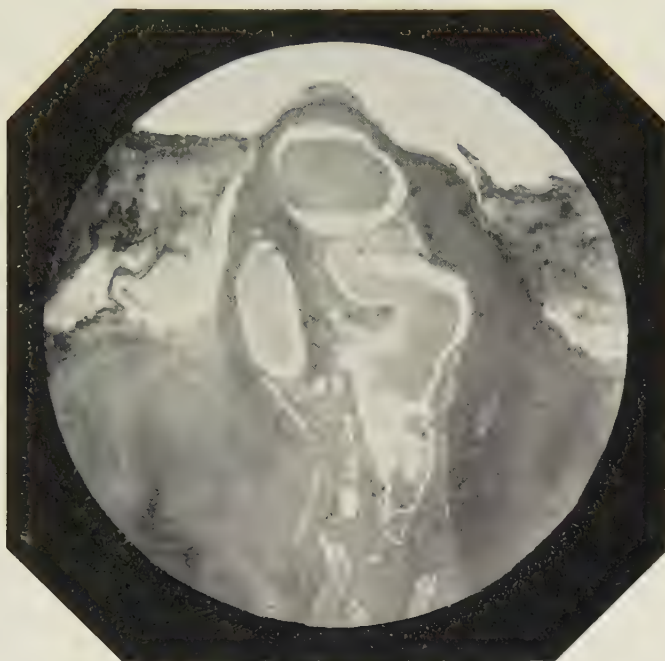


Fig. 1

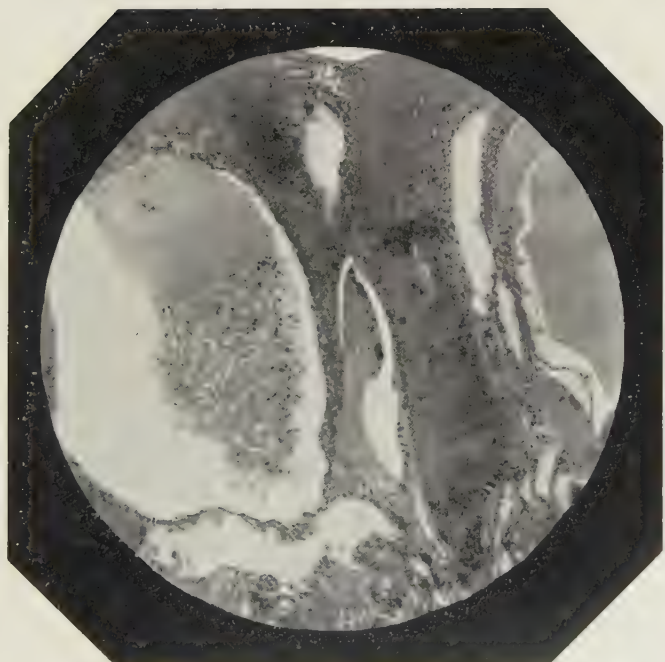


Fig. 2

Fig. 1. — Observation XXI. — Cavité lymphatique.
Fig. 2. — Observation XX. — Kyste lymphatique.

être : l'hyperplasie du tissu lymphatique est toujours constatée par les auteurs ; cette hypothèse est probable ; mais quel est le rôle de l'inflammation citée par la plupart des auteurs, qui semble à peu près constante, sans qu'on lui ait attribué un rôle de quelque importance semble-t-il ? Il doit venir à l'esprit que cette inflammation discrète, à peu près toujours constatée, dans les points où la lésion est la plus active, n'est pas sans avoir une certaine importance ; et c'est l'opinion de M. le Professeur Favre. S'agit-il là d'un processus inflammatoire chronique analogue à celui qu'on peut constater dans les lésions chroniques de la peau (lupus des membres... etc.) qui engendre souvent des varices lymphatiques bien spéciales, et parfois groupées ? Il ne s'agit évidemment pas ici de lupus ou d'autres lésions chroniques à spécificité connue ; néanmoins les cellules géantes observées par Tòròk, l'hyperplasie conjonctive qu'il signale, et l'inflammation si constante ne semblent pas être des accidents d'infection occasionnelle venue de la surface. Les poussées successives signalées également dans l'hémo-lymphangiome, ces alternatives de turgescence et d'affaissement, sur lesquelles insistent Brocq et Bernard, le développement du tissu fibreux sous la tumeur que les mêmes auteurs décrivent, tous ces faits ne sont pas sans attirer l'attention sur le processus inflammatoire qui est probablement leur cause ; peut être ne lui a-t-on pas accordé jusqu'ici dans les recherches pathogéniques une importance suffisante.

M. le Professeur Favre, au moment où nous terminions notre travail, observait un cas d'hémo-lymphangiome de la joue intéressant par un ensemble de parti-

cularités. Sans entrer dans le détail de la description, notre maître nous a fait remarquer la très grande étendue des lésions en profondeur. Les cavités kystiques se voient très profondément dans l'épaisseur du nodule que formait cette affection de la joue. Ces cavités sont très irrégulières, les unes petites en simples fentes, d'autres beaucoup plus larges affectant un caractère de lacunes creusées au sein d'un tissu fibreux si dense qu'il offre en nombre de points un aspect tendiniforme. On voit cependant en maints endroits de ce tissu fibreux des nodules inflammatoires tantôt disposés le long de petits capillaires, tantôt groupés en amas au voisinage des lacunes lymphatiques. Les nerfs sont englobés par un tissu fibreux dense, les glandes de la joue présentent de profondes altérations : épaissement de leur trame conjonctive, infiltration de cellules inflammatoires, dilatation des canaux d'excrétion. Dans ce cas, la réaction fibreuse revêt une intensité extrême qu'il n'est pas habituel d'observer à ce degré. L'extension en profondeur des dilatations lymphatiques est un fait également remarquable dans cette pièce, mais il n'est pas exceptionnel. M. Favre nous disait que, d'après les faits qu'il a observés, les modifications des voies lymphatiques s'étendent souvent beaucoup plus profondément que ne le laisserait supposer le simple examen clinique. L'intensité de la sclérose, le développement du tissu fibreux autour des nerfs, l'existence de nodules inflammatoires en activité, les signes d'inflammation interstielle des glandes sont dans cette pièce extrêmement accusés et montrent que les phénomènes sont beaucoup plus complexes que ne le laisserait supposer la formule qui ferait de l'hémo-lymphangiome une simple dilatation des voies lymphatiques.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE - EVOLUTION

Quand il n'est pas congénital, l'hémo-lymphangiome de la langue débute dans les premiers temps de la vie par de petites vésicules, qui se groupent en placards, et restent d'abord isolées les unes des autres, puis elles se rapprochent au point de se confondre et de se conglo­mérer.

La tumeur affecte une forme généralement elliptique à grand axe le plus souvent antéro-postérieur. Ses dimensions sont très variables. L'aspect vésiculeux de la lésion joint à sa coloration l'ont fait comparer à une fraise, à une framboise, à une mûre.

Les vésicules ont une forme arrondie, globuleuse, assez régulière, parfois un peu ovulaire ou pyriforme :

elles peuvent être aplaties latéralement par pression réciproque.

Leur aspect est celui de perles à contenu le plus souvent translucide et l'épiderme qui les recouvre, s'il est généralement aminci, ressemblant à une fine pellicule transparente, peut parfois être épaissi, mais c'est l'exception. Cette pellicule épithéliale est presque toujours lisse et comme régulièrement tendue ; parfois, elle est sillonnée d'une sorte de fin carrelage, résultat de la conglomération de vésicules voisines qui ont constitué une vésicule plus grosse et cloisonnée. Cette conglomération est aussi responsable des variations de dimensions que présentent les vésicules. On en trouve de petites, comparées à une tête d'épingle, un grain de tapioca cuit, un grain de millet ; de moyennes, de la grosseur d'une lentille ; et enfin de grosses, comme un pois.

Dans quelques cas, à la surface de certaines de ces vésicules, on voit ramper des touffes de capillaires sanguins ; mais il est bien plus fréquent de n'observer ces télangiectasies sanguines qu'à la base même des vésicules, sous leur plancher : on les aperçoit alors par transparence, sous la forme de points rouges, bleus ou violacés, situés d'ordinaire à la partie médiane du fond de la vésicule.

Le contenu de ces vésicules est parfaitement limpide ; lorsqu'on les pique, il s'en écoule un liquide aqueux, présentant tous les caractères chimiques et histologiques de la lymphe, et qui sont en quantité beaucoup plus abondante que ne semblait le faire prévoir la capacité approximative de la vésicule ponctionnée ; puis le li-

quide, d'abord clair, se mélange de sang ; enfin, l'écoulement s'arrête spontanément ; il n'y a pas à proprement parler de lymphorrhée.

Assez fréquemment la néoplasie n'est pas seulement constituée par des vésicules transparentes ; très souvent on y remarque aussi des vésicules rouges nettement hématisées, et quelquefois même de véritables *nævi sanguins*.

L'hémo-lymphangiome de la langue s'observe sur la partie gauche de l'organe dans la majorité des cas que nous publions. Parfois il lui arrive de s'étendre à la face inférieure de la langue.

A la palpation, il offre une certaine résistance, ligneuse parfois.

Ces caractères subjectifs sont tous négatifs. En dehors des périodes fluxionnaires que la tumeur peut présenter et qui s'accompagnent des phénomènes inflammatoires habituels, la douleur fait défaut. La respiration, la déglutition, l'élocution ne sont jamais gênées. On ne constate pas d'engorgement ganglionnaire.

L'hémo-lymphangiome de la langue évolue par poussées successives. De temps en temps, la tumeur vésiculeuse lymphatique devient turgescente et se gorge de sang. Elle semble augmenter légèrement de volume à la faveur de chacune de ces crises inflammatoires : c'est souvent pendant ces périodes que les malades viennent consulter car alors les phénomènes subjectifs apparaissent : douleur, gêne de la mastication, de la phonation, voire de la respiration, retentissement ganglionnaire.

Ces accidents aigus sont transitoires. Ils disparaissent après quelques lavages antiseptiques, ou même spontanément.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC - PRONOSTIC

Le diagnostic d'hémo-lymphangiome de la langue est d'une réelle facilité. C'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord.

Brocq va même jusqu'à dire : « les caractères objectifs sont tellement pathognomoniques, qu'il suffit d'en avoir vu un exemple ou même un moulage ou un bon dessin pour le reconnaître immédiatement ».

Cependant deux causes d'erreur peuvent embarrasser le clinicien.

D'une part, la prédominance des vésicules hématiques peut être telle que les productions lymphatiques passent inaperçues et que la lésion est considérée comme un nævus vasculaire sanguin ; l'observation III, de Bryant, est à ce point de vue intéressante.

D'autre part, pendant les périodes inflammatoires, l'aspect extérieur de l'hémo-lymphangiome est complè-

tement bouleversé : « la muqueuse à sa surface est noireâtre, chagrinée, couverte de petites perles rougeâtres ; une fausse membrane, noireâtre, d'aspect gangréneux et d'odeur fétide engaine la moitié droite de la langue ; le moindre attouchement provoque une légère hémorragie ». (Observation XIX.)

Dans ces deux cas, un examen détaillé, minutieux, imposera le diagnostic ; surtout si l'on a soin de faire disparaître les réactions inflammatoires par des gargarismes antiseptiques.

Dans le cas fort improbable où, après avoir pensé à l'hémo-lymphangiome, on hésiterait, la congénitalité de la lésion ou son apparition dès l'enfance, son développement graduel, l'absence de tout trouble du côté de la sensibilité, etc., permettront de lever tous les doutes.

L'hémo-lymphangiome de la langue est une tumeur de nature bénigne, ne présentant aucun des caractères histologiques ou cliniques des néoplasies malignes.

Cependant deux ordres de faits peuvent assombrir le pronostic.

Les dimensions de la tumeur peuvent amener une gêne fonctionnelle considérable. Les observations IV et V en sont un exemple des plus typiques. Le volume de la langue ne permet que très mal l'alimentation, entrave l'élocution et la respiration. En pareilles circonstances, l'intervention, si elle est praticable, devra se faire sans tarder.

Cette possibilité peut être réalisée en dehors de toute période inflammatoire et c'est — fort heureusement — l'exception. Mais, pendant les crises inflammatoires, les mêmes phénomènes peuvent apparaître avec une inten-

sité variable. Dans la plupart des cas que nous publions, ces réactions n'ont jamais causé d'inquiétudes sérieuses. Aussi, en dehors de la gêne fonctionnelle, n'est-ce que théoriquement que nous envisageons les complications qui pourraient se produire, telles qu'un abcès de la langue, par exemple.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Sur les vingt-et-un cas d'hémo-lymphangiome de la langue que nous publions, douze sont rapportés sans renseignement relatif au traitement. Les neuf autres cas ont été traités de façons différentes : l'excérèse a été pratiquée par les uns, les moyens physiothérapiques ont été employés par les autres. Nous exposerons ici, sans prendre position, les thérapeutiques mises en œuvre et qui paraissent avoir été couronnées de succès, et celles qui ont abouti à des échecs.

C'est Samter (Observation VI) qui le premier a pratiqué l'ablation chirurgicale de la tumeur. Il a été suivi dans cette voie par Voituriez (Observation XI), Brocq (Observation XII), Camus (Observation XV), Worms (Observation XVII) et Pautrier et Bernard (Observation XVIII). Aucun de ces auteurs ne mentionnent l'apparition de complications au cours ou à la suite de ces opérations. Pas d'hémorragies, pas de cicatrices gênantes.

les ou choquantes, pas de récurrence. La cicatrisation par première intention s'est toujours faite normalement. Camus, dans ses conclusions, est catégorique : « Le traitement de choix, dit-il, est l'ablation ». Worms se dit encouragé à intervenir chirurgicalement à la suite d'essais infructueux de radiothérapie. Brocq, après dix-sept séances d'électrolyse négative, en est réduit à enlever la tumeur par morceaux. Il est à déplorer que Pautrier et Bernard, qui avaient l'intention d'abraser la tumeur et de faire ensuite agir le radium sur les éléments aberrants, n'aient point fait connaître les résultats qu'ils avaient ainsi obtenus.

M. le Professeur Nicolas, ayant observé, par la radiothérapie, la disparition totale d'un hémolympangiome cutané de la région dorsale (voir l'Observation XIX), et envisagé les difficultés que présentait une intervention sur la langue, surtout quand la tumeur a son siège, comme dans le cas rapporté par l'Observation XX, à la partie postérieure de l'organe, a mis en œuvre toutes les ressources que lui offrait la physiothérapie. Voici les résultats obtenus :

Le malade, dont l'histoire est rapportée dans l'Observation XIX, a été traité par les rayons X. Son état était très amélioré quand il a quitté le service. Si la tumeur n'avait pas complètement disparu, du moins avait-elle subi une régression appréciable. Trois ans après, malgré nos recherches, ce malade est resté introuvable ; impossibilité donc de conclure définitivement sur des résultats immédiats.

P... Antoinette, fillette de 14 ans (Observation XX) a subi de nombreux traitements : successivement la neige

carbonique, la diathermie et l'électro-coagulation ont été employées pour la débarrasser de sa tumeur. Aucune amélioration ne se produisit. Aussi fut-elle adressée à M. le Professeur Bérard qui la soigna par la radium-puncture (6 aiguilles de radium de 10 micro-curies laissées en place pendant 5 jours — du 5 au 10 février 1927 — et ayant détruit 7,2 millicuries). Elle sortit le 11 février de la salle Andrée Lumière « avec une amélioration déjà très nette », écrivait M. le Professeur Bérard. Huit mois après ce traitement, nous écrivîmes à la petite malade pour lui demander des renseignements sur son état. Il nous fut répondu, à la date du 9 octobre 1927, textuellement ceci : « à mon retour de « Lyon la tumeur avait presque disparu, maintenant ça « revient. Je trouve qu'à mesure que je grandis, le « mal grandit aussi ».

L'étudiant bulgare (Observation XXI) a été exclusivement traité par la radiothérapie (mars 1927) : la tumeur semblait disparaître. Au mois d'octobre dernier, il revenait consulter M. le Docteur Lebœuf : l'hémolympfangiome de sa langue récidivait.

CONCLUSIONS

I. — L'affection connue sous le nom d'hémo-lymphangiome a suscité de nombreux travaux. L'accord n'est pas encore fait sur la nature exacte de cette affection qu'un grand nombre d'auteurs ont rattachée à une malformation des voies lymphatiques ou à une tumeur bénigne du système lymphatique.

II. — On range habituellement cette affection dans le chapitre très vaste et fort imprécis des nævi, qui groupe des affections fort disparates. Il n'existe dans l'hémo-lymphangiome aucune cellule nævique.

III. — Si la maladie apparaît quelquefois dès la naissance, le plus souvent elle ne se développe que tardivement et présente au cours de son évolution des poussées, des alternatives d'augmentation et de régression qui ont été signalées depuis longtemps et que nous avons relevées dans nos propres observations.

IV. — Le terme d'hémo-lymphangiome nous paraît préférable à celui de lymphangiome simple, bien que la participation des vaisseaux lymphatiques soit toujours prépondérante par rapport à celle des vaisseaux sanguins qui est réduite.

V. — L'explication de la tumeur par la « congénitalité », par une malformation, fait appel à des données fort imprécises et de plus en plus abandonnées dans l'explication des phénomènes pathologiques. Elle ne rend pas compte, en particulier, des variations que présente l'affection que nous étudions.

VI. — L'étude anatomo-pathologique des hémolymphangiomes montre l'importance des réactions qui portent la signature de l'inflammation : développement du tissu fibreux, nodules inflammatoires péri-vasculaires et péri-caverneux, présence de cellules géantes, altérations glandulaires et nerveuses. Ces faits doivent être retenus dans le jugement à porter sur la nature de l'hémolympangiome.

C'est surtout à leur constatation que s'est attaché notre travail.

VII. — La connaissance plus exacte des causes de l'hémolympangiome nous permettra sans doute d'agir plus efficacement sur lui. Jusqu'ici les moyens physiothérapiques — neige carbonique, électro-coagulation, diathermie, rayons X, radium — ont échoué dans le traitement.

Vu :
Le Doyen,
Jean LÉPINE.

Le Président de la Thèse
NICOLAS.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 14 Novembre 1927.
Le Recteur, Président du Conseil
de l'Université.
Jh GHEUSI.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARZT. — Hemolymphangioma linguae. W. D. G. 21 janv. 1926. (*Annales de Dermat. et Syphil.*, Déc. 1926).

BALDY. — *London medic. a. physic. Journ.*, 1827.

BALZER et GAUCHERY. — Lymphangiome ou hémangiome kystique de la langue. (*Annales de Dermat. et Syphil.*, Paris 1899).

BARABAN. — Lymphangiomes et kystes séreux. (*Archives de Médecine Expérimentale*, 1889).

BARKER A. E. — A case of microglossia due to lymphangioma (*Transactions of clinical Society*, London, 1899-1900).

BESNIER, BROcq, JACQUET. — La Pratique Dermatologique (Tome III).

BROcq et BERNARD. — Hémato-lymphangiome de la langue et du voile du palais. (*Annales de Dermatologie*, Paris 1898).

BRYANT. — The surgical affections of the tongue. (*Guy's Hospital Rep*, 1882).

BULTIN. — Diseases of the tongue, 1885.

CAMUS L. S. A. — Contribution à l'étude du lymphangiome circonscrit de la langue. (*Thèse de Lille*, 1903).

- CARLING E. R. — Lymphangioma of the tongue. (*Proceedings of royal Society of Medicine*, London, 1909-10).
- COSENTINO. — Sul linfangioma circoscritto papillare della lingua. (*Policlinico*, Roma, 1907).
- DANLOS. — Lymphangiome circonscrit de la langue. (*Annales de Dermatologie*, Paris, 1904).
- DARIER. — Précis de Dermatologie.
- DESPLATS et FAIDHERBE. — Angiome grave de la langue guéri en 2 séances d'électropuncture bipolaire. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1905).
- FAVRE. — Dermatologie de la collection Sergent, p. 392.
- FORTIN. — Angiome de la langue. (*Gazette des Hôpitaux de Toulouse*, 1895).
- FRANCIS A. G. — Two cases of lymphangioma of the tongue with remarks on macroglossia. (*St Bartholomews Hospital Reports*, London, 1893).
- FREUDWEILER. — Lymphangiome circonscrit cystoïde. (*Ann. Dermat. Syphil.*, Paris, 1898).
- GAUDIER. — Note sur une tumeur vasculaire de la langue. (*Bulletin de la Société centrale de Médecine du Nord*, Lille, 1897).
- GAUDIER et CAMUS. — Le lymphangiome circonscrit de la langue. (*Annales des maladies de l'oreille*, Paris, 1903).
- GENTIL. — Lymphangioma circumscribo da lingua. (*Jornal da Socied. d. scien. med. de Lisboa*, 1908).
- HOWELL. — Lymphangioma of the tongue. (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, London, 1918-19).
- JANOWITZ. — Ueber lymphangiome der zunge. (*Archiv. f. Laryngologie*, Berlin, 1917).
- LEROUX. — Lymphangiome de la cavité buccale. (*Thèse de Bordeaux* 1893-94, n° 36).

- LUBLINER. — Lymphangioma linguae (*Gazeta lekarska*, Varsovie, 1894).
- MANTELLI. — Linfangioma circoscritto della lingua a forma papillare. (*Archivio ital. di otologia*, Torino, 1910).
- MINERVI. — Nodulo linfangiomatoso recidivante dell'apice nella lingua. (*Bolletino d. r. Academ. med. di Genova*, 1901).
- MONOD. — Congrès français de Chirurgie, 1888.
- MORTON. — Lymphatic naevus of the tongue. (*Transactions of pathol. Society*, London, 1892-93).
- MUMMERY. — Lymphatic naevus of the tongue. (*Reports Society for Study. diseases of children*, London, 1906-07).
- NEW. — Radium in the treatment of lymphangioma of the tongue. (*Journal Lancet*, Minneapolis, 1916).
- NICOLAS, GATÉ, BARBIER, JUVIN. — Lymphangiome de la langue. (*Lyon Médical*, 1923).
- NICOLAS et LACASSAGNE. — Lymphangiome de la langue. (*Lyon Médical*, 1926).
- NICOLAS et LEBŒUF. — Lymphangiome de la langue. (*Lyon Médical*, 1927).
- PAGET. — Angiome lingual traité par la diathermie. (*Société laryngologique des Hôpitaux du 10 fév. 1926 ; Annal. de Dermat. et Syphil.* 1926).
- PAUTRIER et BENARD. — Vaste lymphangiome de la langue. (*Bullet. de la Societ. franç. de Dermat.*, Paris, 1924, Réunion de Strasbourg).
- PETIT. — Lymphangioma circumscriptum of tongue. (*Proceedings of the royal Society of Medicine*, 1922-23).
- RICHARDSON. — Report of a case of lymphangioma of the tongue. (*Albany medical Annals*, 1899).

- RIEHL. — Tumor der zunge. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1893).
- SCHWIMMER. — Lymphangioma circumscriptum linguae. (*Orvosi hetil.*, Budapest, 1896).
- SLEIGHT et HAUGHEY. — Macroglossia, lymphangioma with report of a case. (*Laryngoscope*, St Louis, 1918).
- SORRENTINO. — Ueber das umschriebene lymphangiom der zunge. (*Arch. f. Dermatol. u. Syphil. Wien*, 1905).
- SPANNAUS. — Lymphangiom der zungē. (*Allemag. Zentral. zeitung*, Berlin, 1908).
- STONE. — Lymphangioma of the tongue in a boy aet. five years. (*Transactions of clinical Society*, London, 1907).
- TARCHINI. — Contributo allo studio del linfangioma della lingua. (Bologna, 1924).
- TENNESON. — Lymphangiome diffus congénital de la langue. (*Annales de Dermat. et Syphil.*, Paris, 1898).
- VOITURIEZ. — Lymphangiome superficiel à forme papillaire, de la langue. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1898).
- WHITFIELD. — Lymphangioma of the tongue. (*Proceedings of the royal Society of médecine*, London, 1920-21).
- WORMS G. — Lymphangiome fibreux de la langue. (*Annales des maladies de l'oreille*, Paris, 1925).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I : <i>Historique</i>	15
<i>Observations</i>	19
CHAPITRE II : <i>Définition</i>	65
CHAPITRE III : <i>Etiologie, Pathogénie, Anatomie</i>	
<i>Pathologique</i>	67
CHAPITRE IV : <i>Symptomatologie, Evolution</i>	77
CHAPITRE V : <i>Diagnostic, Pronostic</i>	81
CHAPITRE VI : <i>Traitement</i>	85
CONCLUSIONS	89
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	91
